



FEDERATION FRANCAISE DE SURF

Réf. Contrat : CE2628E21-12E

## NOTICE D'INFORMATION MISE EN CONFORMITE Date d'effet : 1<sup>er</sup> janvier 2020

A remettre au salarié en conservant la preuve de la remise

Le présent avenant a pour objet la mise en conformité du contrat collectif à adhésion obligatoire ci-dessus référencé pour répondre aux conditions définies par :

- Le Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires
- Le Décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé.

Le respect de ces textes conditionne le maintien des exonérations sociales et la déductibilité fiscale des cotisations ainsi que le non assujettissement du contrat à la taxe sur les conventions d'assurances.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, l'article 5-6 des Conditions Générales est rédigé comme suit, toutes les autres dispositions sont sans changement.

### • 5-6 Descriptif des garanties

Le descriptif de la garantie de Frais de Santé est détaillé dans l'annexe jointe aux Conditions Particulières du présent contrat. La Mutuelle rembourse les frais donnant lieu à prestation de la part du régime d'assurance maladie obligatoire français et éventuellement, sur prescription médicale, des frais complémentaires expressément détaillés dans les tableaux de garanties. Les remboursements de frais de santé sont effectués par la Mutuelle sur la base du tarif de convention et sont exprimés part Sécurité sociale incluse.

La Mutuelle rembourse les soins effectués par des praticiens non conventionnés, sur la base du remboursement (Tarif d'autorité) transmis par l'Assurance Maladie Obligatoire.

**Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant, ou de l'ayant droit, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.**

**Les garanties sont conformes au dispositif législatif relatif aux « contrats responsables »,** détaillé notamment dans l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses différents textes d'application. Elles seront adaptées en cas d'évolution de ces textes.

Ainsi notamment,

#### o sont expressément exclues des prestations :

- la participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, sauf ceux réalisés au cours d'une hospitalisation (conformément à l'article L 160-13 II du Code de la Sécurité sociale) ;
- la franchise forfaitaire, plafonnée annuellement, sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires (conformément à l'art. L 160-13 III du Code de la Sécurité sociale).
- la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins coordonné (conformément aux articles L162-5-3 et L162-5 18° du Code de la Sécurité sociale) ;
- la majoration de la participation de l'assuré lorsque le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accès à son dossier médical personnel.

#### • Les remboursements respectent les obligations :

- o de prise en charge de la participation de l'assuré prévue au I de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la prise en charge du ticket modérateur pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, notamment les consultations, les médicaments, les frais d'analyses ou de laboratoires, les prestations liées à la prévention ;
- o de prise en charge sans limitation de durée du forfait journalier en établissement hospitalier ;
- o de double limitation des remboursements des dépassements tarifaires sur les actes et consultations des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ;
- o de prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :
  - à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;

- dans le respect de prise en charge minimale et maximale, en cas de remboursement des frais exposés, en sus la participation de l'assuré prévue au I de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale, pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée, ainsi que dans le respect des conditions prévues à l'article D911-1 du code de la Sécurité sociale ;

La prise en charge est limitée à l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

- o de prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;
- o à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, de la prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :
  - à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;
  - au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1<sup>o</sup> pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

La prise en charge est limitée aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

- La Mutuelle communique annuellement le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties selon les modalités précisées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.