



CCN

Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie

# Conditions Générales

[www.umanens.fr](http://www.umanens.fr)

---

# Sommaire

---

<b>Préambule.....</b>	<b>3</b>
<b>Chapitre I Dispositions Générales .....</b>	<b>4</b>
Article 1 - Objet du Contrat.....	4
Article 2 - Nature des garanties.....	4
Article 3 - Intervenants au Contrat.....	4
Article 4 - Prescription.....	4
Article 5 - Recours contre tiers.....	4
Article 6 - Informatique et Libertés .....	4
Article 7 - Réclamation et Médiation .....	4
Article 8 - Autorité de contrôle.....	5
<b>Chapitre 2 Exécution du Contrat.....</b>	<b>5</b>
Article 9 - Présentation du Contrat.....	5
Article 10 - Adhésion au Contrat.....	5
Article 11 - Vie du contrat.....	5
<b>Chapitre 3 Affiliation au Contrat.....</b>	<b>6</b>
Article 12 - Affiliation aux garanties souscrites par l'Employeur .....	6
Article 13 - Affiliation à titre facultatif aux garanties optionnelles .....	8
<b>Chapitre 4 Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties .....</b>	<b>8</b>
Article 14 - Date d'entrée en vigueur des garanties.....	8
Article 15 - Cessation de l'affiliation .....	8
Article 16 - Maintien des garanties.....	9
Article 17 - Suspension du contrat de travail.....	9
<b>Chapitre 5 Obligations des parties .....</b>	<b>10</b>
Article 18 - Obligation de l'Organisme assureur : l'établissement de la Notice d'information .....	10
Article 19 - Obligations de l'Employeur .....	10
Article 20 - Obligations du Salarié.....	10
<b>Chapitre 6 Cotisations.....</b>	<b>10</b>
Article 21 - Taux et montant des cotisations.....	10
Article 22 - Modalités de règlement des cotisations.....	11
Article 23 - Non-règlement des cotisations : Possibilité pour l'Organisme assureur de résilier le Contrat.....	11
Article 24 - Régularisation des cotisations versées .....	12
<b>Chapitre 7 Garanties.....</b>	<b>12</b>
Article 25 - Détermination des garanties.....	12
Article 26 - Fonctionnement du Fonds de solidarité.....	12
Article 27 - Services associés.....	13
Article 28 - Soins effectués à l'étranger.....	13
Article 29 - Modalités de calcul des prestations.....	13
Article 30 - Modalités de règlement des prestations .....	13
<b>Annexes .....</b>	<b>14</b>
Annexe I .....	14

---

# Préambule

---

Par l'Accord du 16 décembre 2015 de la Convention Collective Nationale (CCN) du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie du 17 décembre 1987, les partenaires sociaux ont instauré un régime Frais de santé au bénéfice de l'ensemble des salariés des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie du 17 décembre 1987.

Soucieux d'assurer une mutualisation du régime et un niveau élevé de garanties, les partenaires sociaux ont procédé à la recommandation d'Umanens - La Mutuelle Familiale, qui s'est engagée à appliquer un tarif unique et à offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les Salariés bénéficiaires de la branche.

Les présentes Conditions Générales précisent les modalités de mise en œuvre du régime souscrit auprès d'Umanens - La Mutuelle Familiale.

■ **UMANENS - LA MUTUELLE FAMILIALE**, Union de groupe mutualiste régie par le Code de la mutualité et soumise au livre I, SIREN n° 800 533 499, Siège social : 111 rue Cardinet - 75017 PARIS composée de :

- LA MUTUELLE FAMILIALE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, n° SIREN 784 442 915, Siège social : 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS,

Assureur, gestionnaire et distributeur

- IDENTITÉS MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, n° SIREN 379 655 541, Siège social : 24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS,

Réassureur et distributeur

- UNION NATIONALE MUTUALIA, Union de mutuelles soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, n° SIREN 434 887 386, Siège social : Les Mercuriales - 40, rue Jean Jaurès - 93547 BAGNOLET Cedex,

Réassureur et distributeur

- UNION DE RÉASSURANCE ET DE SUBSTITUTION SOCIALE (ENTISRÉ), Union de mutuelles soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, n° SIREN 453 112 690, Siège social : 39, rue du Jourdil - 74960 CRAN GÉVRIER,

Réassureur et distributeur

---

# Chapitre I

## Dispositions Générales

---

### Article 1 - Objet du Contrat

Les présentes Conditions Générales forment, avec le Bulletin d'Adhésion qui s'y rapporte, le Contrat collectif à adhésion obligatoire. Ce Contrat présente également des garanties à adhésion facultative. Il est souscrit par l'Employeur dans le but de mettre en place une couverture Frais de santé au bénéfice de ses Salariés.

Ce contrat collectif est régi par les dispositions du Code de la mutualité et notamment son Livre II.

### Article 2 - Nature des garanties

Le présent Contrat collectif et obligatoire a pour objet de garantir aux Salariés, dans les conditions prévues par l'Accord du 16 décembre 2015 de la Convention Collective Nationale du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie du 17 décembre 1987, le remboursement total ou partiel des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en complément des prestations versées par les Organismes d'Assurance maladie.

L'Accord a également mis en place des options. Ces options pourront être souscrites par l'Employeur à titre obligatoire (pour ses Salariés) ou par le Salarié à titre facultatif.

### Article 3 - Intervenants au Contrat

**L'Employeur** : la personne morale signataire du Bulletin d'Adhésion lié aux présentes Conditions Générales.

**Les Salariés** : les Salariés inscrits à l'effectif de l'entreprise au moment de l'adhésion, affiliés à un Organisme d'Assurance maladie, les Salariés embauchés postérieurement et dûment affiliés au présent Contrat ainsi que les anciens Salariés bénéficiant du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité.

**L'Organisme assureur** : Umanens - La Mutuelle Familiale, organisme assureur recommandé par la branche et choisi librement par l'Employeur.

### Article 4 - Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, selon les modalités fixées par les articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Salarié, ou, le cas échéant, du fait de son ayant droit, que du jour où l'Organisme assureur en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du Salarié ou, le cas échéant, de son ayant droit, contre l'Organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers,

le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit, ou a été indemnisé par le Salarié ou son ayant droit.

La prescription peut être interrompue par :

- une citation en justice, y compris en référé ;
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ;
- un acte d'exécution forcée ;
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de règlement de la prestation.

### Article 5 - Recours contre tiers

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Organisme assureur est subrogé jusqu'à concurrence des dites prestations dans les droits et actions du Salarié, ou, le cas échéant, de ses ayants droit contre les tiers responsables, conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité.

### Article 6 - Informatique et Libertés

Les informations concernant le Salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit, sont destinées aux services de l'Organisme assureur.

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 complétée par la loi du 6 août 2004, les intéressés peuvent demander, en justifiant de leur identité, communication et rectification, s'il y a lieu, de toute information les concernant qui figurerait sur un fichier utilisé dans le cadre du présent Contrat, par courrier au siège de l'Organisme assureur.

### Article 7 - Réclamation et Médiation

Toute demande de réclamation concernant l'application du Contrat pourra être adressée par l'Employeur, le Salarié ou, le cas échéant, ses ayants droit, au siège de l'Organisme assureur :

- par courriel à [reclamations@umanens.fr](mailto:reclamations@umanens.fr) ;
- par voie postale à l'attention de :

**La Mutuelle Familiale**  
**Service Réclamations Umanens**  
**52, rue d'Hauteville**  
**75487 Paris Cedex 10**

Dans tous les cas, il recevra un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de la réception de sa réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai.

Le cas échéant, le réclamant recevra une réponse du service réclamations et qualité adhérent au plus tard 2 mois après la réception de la réclamation.

Processus de médiation dans les conditions prévues au titre V du livre I du Code de la consommation : après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai d'un an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur :

- en ligne par internet sur [www.mutualite.fr](http://www.mutualite.fr) ou par courriel à [mediation@mutualite.fr](mailto:mediation@mutualite.fr);

- par voie postale à l'attention de :  
**Madame ou Monsieur le médiateur de la Mutualité Française,**  
255 rue de Vaugirard,  
75719 Paris Cedex 15

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu au maximum dans les trois mois après transmission du dossier complet au médiateur.

Si le réclamant n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

### Article 8 - Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège social est situé au 61, rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 9.

---

## Chapitre 2

# Exécution du Contrat

---

### Article 9 - Présentation du Contrat

Au moment de son adhésion, l'Employeur met en place de manière obligatoire, a minima le socle de base, ou, s'il souhaite faire bénéficier ses Salariés d'un niveau de garanties supérieur, la « Base intermédiaire » ou la « Base améliorée ».

Si la « Base intermédiaire » ou la « Base améliorée » n'ont pas été mises en place à titre obligatoire par l'Employeur, le Salarié a la possibilité d'y souscrire de manière facultative.

Seul le Salarié est couvert à titre obligatoire par l'Employeur. Les Salariés souhaitant couvrir leurs ayants droit peuvent le faire à titre facultatif.

### Article 10 - Adhésion au Contrat

Peuvent adhérer au présent Contrat les entreprises relevant de la Convention Collective Nationale du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie du 17 décembre 1987.

L'adhésion au présent Contrat est formalisée par la signature du Bulletin d'Adhésion.

L'Organisme assureur confirme l'adhésion de l'Entreprise par l'envoi d'un Certificat d'Adhésion.

### Article 11 - Vie du contrat

#### Article 11.1 Date d'effet du Contrat

Le présent Contrat conclu entre l'Employeur et l'Organisme assureur prend effet à la date fixée au Bulletin d'Adhésion.

#### Article 11.2 Durée du Contrat

Le Contrat est conclu pour une année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

Il est ensuite tacitement reconduit au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties au présent Contrat, selon les modalités prévues à l'article 11.5 des présentes Conditions Générales.

#### Article 11.3 Modification et résiliation des garanties optionnelles

##### ■ Modification des garanties optionnelles par l'Employeur

Chaque année, l'Employeur a la possibilité de modifier les garanties souscrites au moment de son adhésion en :

- souscrivant l'une des options ;
- modifiant, à la hausse ou à la baisse, l'option souscrite.

Toute demande de souscription ou de modification des garanties optionnelles est formalisée par la signature d'un nouveau Bulletin d'Adhésion devant être adressé à l'Organisme assureur avant le 31 octobre de l'année en cours.

La demande de souscription ou de modification sera alors effective au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

La souscription ou la modification de l'option est confirmée par l'Organisme assureur par l'envoi d'un Certificat d'Adhésion.

##### ■ Résiliation des garanties optionnelles par l'employeur

Les garanties optionnelles peuvent être résiliées annuellement par l'Employeur par lettre recommandée, avec accusé de réception, adressée avant le 31 octobre de l'année en cours.

La résiliation sera alors effective au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

#### Article 11.4 Révision du Contrat

Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies dans le présent Contrat ont été établies en application de l'Accord du 16 décembre 2015.

L'Organisme assureur recommandé s'engage donc à réviser le présent Contrat par voie d'avenant dans le cas où la Convention Collective Nationale du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie du 17 décembre 1987 venait à faire évoluer le régime complémentaire Frais de santé mis en place par l'Accord du 16 décembre 2015.

Par ailleurs, en cas d'évolution des dispositifs légaux et réglementaires sur lesquels est fondée la mise en place du régime Frais de santé de la branche du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie, il est prévu que le présent Contrat sera adapté aux nouvelles dispositions en vigueur.

Dans le cas où de telles évolutions législatives ou réglementaires nécessiteraient l'aménagement du présent Contrat, l'Organisme assureur recommandé proposera par voie d'avenant les aménagements nécessaires à sa mise en conformité.

#### Article 11.5 Cessation du Contrat

Le présent Contrat cesse en cas de :

- cessation d'activité de l'Employeur ou liquidation judiciaire ;
- changement d'activité faisant sortir l'Employeur du champ d'application de la CCN du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie, sous réserve des dispositions prévues par l'article L. 2261-14 du Code du travail ;
- résiliation du présent Contrat par l'Employeur ou l'Organisme assureur pouvant avoir lieu :
  - au terme de chaque exercice à l'initiative de l'Employeur ou de l'Organisme assureur, par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à l'autre partie, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois précédant l'échéance annuelle de son renouvellement, soit avant le 31 octobre de l'année en cours, comme prévu par l'article L. 221-10 du Code de la mutualité.

En application de l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale, cette possibilité n'est pas ouverte à l'Organisme assureur durant le temps de sa recommandation par la Branche du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie :

- au terme de la procédure de non-règlement des cotisations telle qu'elle est prévue à l'article 23 des présentes Conditions Générales.

En cas de cessation du présent Contrat, les Salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit, perdent le bénéfice des garanties prévues par celui-ci.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins figurant sur le décompte de l'Organisme d'Assurance maladie est antérieure à la date d'effet de la résiliation pourront donner lieu à prise en charge par l'Organisme assureur.

En cas de résiliation du Contrat cadre établi entre les partenaires sociaux de la branche du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie et l'Organisme assureur recommandé, par l'Organisme assureur ou les partenaires sociaux, l'Organisme assureur sera tenu d'informer les entreprises adhérentes et les parties prenantes au Contrat cadre de la résiliation de ce dernier au moins 3 mois avant la date d'effet de ladite résiliation, afin que les entreprises adhérentes puissent résilier leur Contrat d'assurance si elles le souhaitent.

---

## Chapitre 3

# Affiliation au Contrat

---

#### Article 12 - Affiliation aux garanties souscrites par l'Employeur

**Article 12.1 Modalités d'affiliation à titre obligatoire des Salariés**  
Conformément à l'Accord du 16 décembre 2015 de la Convention Collective Nationale du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie du 17 décembre 1987, le présent Contrat couvre, de manière obligatoire, l'ensemble des Salariés appartenant à l'effectif de l'Employeur adhérent au présent Contrat.

L'affiliation des Salariés est formalisée par la signature d'un Bulletin Individuel d'Affiliation.

##### ■ Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation du Salarié prend effet :

- à compter de la date d'adhésion de l'Employeur au présent Contrat ;
- à compter de sa date d'entrée dans les effectifs de l'entreprise lorsque le Salarié est embauché postérieurement à la date d'effet de l'adhésion de l'Employeur au présent Contrat ;
- à compter de la date à laquelle il ne bénéficie plus d'une dispense d'affiliation telle que définie ci-dessous :
  - à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions ouvrant droit au bénéfice de l'une des dispenses d'affiliation définies ci-dessous ;
  - à la date à laquelle il souhaite renoncer à sa dispense d'affiliation, à condition d'en faire la demande par écrit auprès de l'Employeur.

##### ■ Exception : cas de dispenses d'affiliation

L'obligation d'affiliation des Salariés au présent Contrat s'entend sous réserve des cas de dispenses d'affiliation d'ordre public et des cas de dispense d'affiliation prévus dans l'Accord.

##### Cas de dispense d'affiliation d'ordre public et «versement santé» :

Le Salarié pourra, à son initiative, demander à bénéficier des cas de dispense d'affiliation d'ordre public prévus par les articles L. 911-7 III et D. 911-2 du Code de la Sécurité sociale.

En application de l'article L. 911-7-1 du Code de la Sécurité sociale, les Salariés ayant fait valoir une dispense d'affiliation au titre de l'article L. 911-7 III du même Code pourront demander à leur Employeur de bénéficier du «versement santé». Les modalités d'application de ce «versement santé» sont prévues par les articles L. 911-7-1, D. 911-7 et D. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Moment de la demande : en application de l'article D. 911-5 du Code de la Sécurité sociale : «*Les demandes de dispense mentionnées au III de l'article L. 911-7 [du Code de la Sécurité sociale] doivent être formulées au moment de l'embauche ou, si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties ou la date à laquelle prennent effet les couvertures mentionnées aux 1° et 3° de l'article D. 911-2 [du Code de la Sécurité sociale].*»

## Cas de dispense d'affiliation prévus dans l'Accord du 16/12/2015 :

### Cas de dispenses prévus dans l'Accord :

- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze (12) mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties;
- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze (12) mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs;
- Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute.

La mise en œuvre de l'un de ces cas de dispenses ne peut avoir lieu que sur **demande expresse auprès de l'Employeur formulée par le Salarié concerné** qui devra, le cas échéant, produire toute pièce lui permettant de justifier que sa situation correspond à l'un des cas de dispense d'affiliation mis en place par l'Accord du 16 décembre 2015 de la Convention Collective Nationale du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie du 17 décembre 1987.

Cette demande doit comprendre la mention selon laquelle l'Employeur a informé le Salarié des conséquences de son choix, à savoir qu'il ne pourra pas bénéficier du contrat Frais de santé mis en place au sein de l'entreprise ni de la portabilité des garanties Frais de santé prévues par ce contrat en cas de cessation de son contrat de travail.

Le Salarié ne bénéficie plus de la dispense d'affiliation :

- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions ouvrant droit au bénéfice de l'une des dispenses d'affiliation définies ci-dessus;
- à la date à laquelle il souhaite renoncer à sa dispense d'affiliation, à condition d'en faire la demande par écrit à son Employeur.

## Article 12.2 Modalités d'affiliation à titre facultatif des ayants droit

Les Salariés souhaitant couvrir leurs ayants droit à titre facultatif peuvent le faire au moyen d'un Bulletin Individuel d'Affiliation. Les ayants droit bénéficient obligatoirement des mêmes garanties que celles dont bénéficient les Salariés.

### ■ Définition des ayants droit

On entend par ayant droit :

- **le conjoint, partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou concubin du Salarié :**
  - Le conjoint : personne liée à l'affilié par les liens du mariage (article 143 du Code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle;
  - Le partenaire lié par un PACS (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec l'affilié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle;
  - Le concubin : personne vivant avec l'affilié en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union;

les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un PACS;

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus.

### • Les enfants à charge de l'affilié, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :

- Agés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base de l'affilié, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ou inscrits au régime général de Sécurité sociale au titre de la Protection Universelle Maladie (Puma);
- Agés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Protection Universelle Maladie (Puma);
- Agés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité;
- Quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé - AAH - (article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les personnes handicapées qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérées comme étant à charge;

### • Les enfants de l'affilié nés « viables » moins de 300 jours après son décès;

• **Les ascendants à charge :** les personnes ascendantes de l'affilié à condition d'être à leur charge au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'Organisme assureur.

Les pièces justifiant de la qualité des ayants droit doivent être obligatoirement fournies lors de leur demande d'affiliation par le Salarié, puis à toute demande formulée par l'Organisme assureur.

### ■ Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation des ayants droit prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation du Salarié au présent Contrat si la demande se fait simultanément;
- au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation, si la demande se fait ultérieurement;
- à la date de survenance de l'évènement (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin auquel sont rattachés les enfants à charge) dûment déclaré à l'Organisme assureur.

L'affiliation de ses ayants droit à titre facultatif engage le Salarié pour une durée minimale d'une année civile, sous réserve des cas de cessation anticipée prévus ci-dessous.

### ■ Cessation de l'affiliation de l'ayant droit

Le Salarié peut dénoncer chaque année l'affiliation de l'un ou de ses ayants droit par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La dénonciation prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

Si l'ayant droit du Salarié vient à bénéficier, par ailleurs, d'une couverture à titre obligatoire, le Salarié pourra demander à tout moment la dénonciation de la couverture facultative de celui-ci, sous réserve de la production d'un justificatif actant de l'affiliation de son ayant droit à un régime obligatoire, datant de moins de 3 mois.

La dénonciation prend effet à compter du premier jour du mois suivant la réception de la demande de dénonciation par l'Organisme assureur.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande de couverture des ayants droit par le Salarié, ne pourra intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai d'un an, sauf événement intervenant dans la vie professionnelle de l'ayant droit (chômage non indemnisé, retraite...).

En tout état de cause, l'affiliation de l'ayant droit cesse à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions posées ci-avant.

### **Article 13 - Affiliation à titre facultatif aux garanties optionnelles**

#### **Article 13.1 Principe**

Le Salarié a la possibilité d'améliorer pour lui-même et, le cas échéant, pour ses ayants droit, le niveau de garanties souscrit par l'Employeur en demandant son affiliation à titre facultatif à une garantie optionnelle.

Le choix retenu par le Salarié pour lui-même, s'imposera d'office à ses ayants droit s'il a choisi de les couvrir de manière facultative.

L'affiliation aux garanties optionnelles s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation.

#### **Article 13.2 Prise d'effet**

L'affiliation aux garanties optionnelles prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'affiliation obligatoire du Salarié au présent Contrat, si la demande se fait simultanément;
- au 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation, si la demande se fait ultérieurement.

#### **Article 13.3 Modification des garanties**

Le Salarié pourra modifier l'option choisie pour lui et ses ayants droit selon les modalités prévues ci-dessous, à la hausse ou à la baisse, sous réserve d'en faire la demande par lettre recommandée avec accusé de réception auprès de l'Organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La modification prend effet le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

Toute modification des garanties, à la hausse ou à la baisse, engage le Salarié pour une période de deux ans. Durant cette période, il ne pourra pas changer de niveau d'option, sauf en cas d'évolution de sa situation familiale.

Toutefois, il lui sera toujours possible de dénoncer annuellement les garanties optionnelles souscrites dans les conditions prévues à l'article 13.4 des présentes Conditions Générales.

#### **Article 13.4 Dénonciation**

Le Salarié peut dénoncer chaque année l'option souscrite, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La dénonciation prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande de souscription à une option ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de deux ans.

---

## **Chapitre 4**

# **Ouverture, suspension, maintien et cessation des garanties**

---

### **Article 14 - Date d'entrée en vigueur des garanties**

Les garanties du présent Contrat prennent effet pour le Salarié et, le cas échéant, pour ses ayants droit, à la date de prise d'effet de leur affiliation telle que prévue aux articles 12 et 13 des présentes Conditions Générales.

### **Article 15 - Cessation de l'affiliation**

L'affiliation au présent Contrat cesse :

- à la date de liquidation de la pension de retraite auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse par le Salarié, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur;

- à la date de rupture ou de cessation du contrat de travail du Salarié (au terme du préavis, effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties prévues à l'article 16 des présentes Conditions Générales;
- à la date du décès du Salarié;
- pour les ayants droit, dès lors qu'ils ne répondent plus à la définition fixée à l'article 12.2 des présentes Conditions Générales;
- en tout état de cause, à la date de résiliation du présent Contrat par l'Employeur.

La cessation de l'affiliation entraîne la cessation des garanties mises en œuvre au bénéfice du Salarié et, à la même date, la cessation de l'affiliation de ses éventuels ayants droit ainsi que la cessation de la garantie optionnelle éventuellement souscrite par le Salarié.

En cas de cessation de l'affiliation du Salarié due à la cessation de son contrat de travail, pour quelque motif que ce soit, l'Employeur est tenu d'en informer l'Organisme assureur.

### **Article 16 - Maintien des garanties**

#### **Article 16.1 Maintien des garanties pour les anciens Salariés indemnisés par Pôle emploi**

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les Salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit, bénéficient du maintien temporaire à titre gratuit de la couverture prévue par le présent Contrat en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- maintien de garanties applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- maintien des garanties obligatoires ou optionnelles subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts par le Salarié auprès de l'Employeur ;
- maintien des mêmes garanties que celles en vigueur dans l'entreprise ;
- maintien de garanties subordonné à la justification mensuelle par l'ancien Salarié auprès de l'Organisme assureur, de son indemnisation chômage.

L'Employeur est tenu de signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et devra informer l'Organisme assureur de la cessation du contrat de travail du Salarié.

Le mécanisme de portabilité est financé par la mutualisation. Son coût, fixé en pourcentage de la cotisation globale, est compris dans le taux de cotisation fixé au Bulletin d'Adhésion. Par conséquent, aucune contrepartie de cotisation ne sera demandée à l'ancien Salarié bénéficiant du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité.

#### **Article 16.2 Maintien des garanties à titre individuel**

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de la couverture prévue par le présent Contrat, sans condition de période probatoire ni d'exams ou de questionnaires médicaux :

- les anciens Salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale, à condition d'avoir été affiliés au présent Contrat en tant qu'actifs, et sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien des garanties prévu à l'article 16.1. des présentes Conditions Générales ;
- les anciens Salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien des garanties prévu à l'article 16.1. des présentes Conditions Générales ;

• les anciens Salariés privés d'emploi, tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle, bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien des garanties prévu à l'article 16.1 des présentes Conditions Générales ;

• les personnes garanties du chef du Salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès du Salarié.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande.

Les garanties prennent effet le lendemain de la demande.

La cotisation due au titre du maintien des garanties de l'article 4 de la loi Evin sera intégralement à la charge de l'ancien Salarié.

L'Organisme assureur adresse une proposition de contrat aux intéressés dans les deux mois qui suivent leur radiation du contrat collectif obligatoire, sous réserve que l'Employeur l'ait informé de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif «Loi Evin».

### **Article 17 - Suspension du contrat de travail**

#### **Article 17.1 Suspension du contrat de travail indemnisée**

L'affiliation des Salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, durant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires ou d'une rente d'invalidité (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle) financés au moins pour partie par l'Employeur.

L'Employeur verse la même contribution que pour les Salariés actifs durant toute la période de suspension du contrat de travail.

Parallèlement, le Salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

Le Salarié, ainsi que, le cas échéant, ses ayants droit, continueront donc à bénéficier des garanties prévues par le régime mis en place par l'Employeur.

#### **Article 17.2 Suspension du contrat de travail non indemnisée**

Les Salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient pas d'un maintien total ou partiel de salaire, du versement d'indemnités journalières complémentaires ou d'une rente d'invalidité, ne bénéficient pas du maintien du régime de complémentaire santé.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le Salarié, sous réserve que l'Organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise, faute de quoi, la date de remise en vigueur des garanties pour le Salarié et, le cas échéant, pour ses ayants droit, sera la date à laquelle l'Organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.

Durant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du Salarié concerné et de ses éventuels ayants droit et les frais médicaux engagés durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent Contrat.

Toutefois, pourront, s'ils le souhaitent, continuer à bénéficier du régime complémentaire Frais de santé, les Salariés en cas de suspension de leur contrat de travail dans l'un des cas suivants :

- congé sans solde ;
- congé sabbatique ;
- congé parental d'éducation à temps plein ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé de solidarité familiale ;

- congé de formation ;
- congé d'enseignement ou de recherche.

Les Salariés répondant à l'un de ces cas, pourront choisir de bénéficier d'un maintien des garanties dans les conditions du présent Contrat, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale) directement auprès de l'Organisme assureur.

Le montant de la cotisation est identique à celui prévu pour les Salariés actifs. Il suivra les mêmes évolutions, le cas échéant.

La possibilité reste toutefois ouverte à l'Employeur, s'il le souhaite, de continuer de prendre en charge la part patronale.

---

## Chapitre 5

# Obligations des parties

---

### Article 18 - Obligations de l'Organisme assureur : l'établissement de la Notice d'information

Conformément à l'article 12 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite «loi Evin», l'Organisme assureur s'engage à établir une Notice d'information qui définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Cette Notice d'information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription pour agir.

La Notice d'information est établie puis remise par l'Organisme assureur à l'Employeur qui est tenu de remettre un exemplaire de cette Notice d'information à tous les Salariés affiliés au présent Contrat et de conserver la preuve de cette remise.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Salariés et qu'une nouvelle Notice d'information ou un additif est établi par l'Organisme assureur, l'Employeur est également tenu d'en informer les Salariés affiliés et de leur remettre ladite Notice d'information actualisée.

**L'Employeur est seul responsable à l'égard du Salarié en l'absence de remise de la Notice d'information.**

### Article 19.2 Mise à jour des effectifs

L'Employeur communique trimestriellement à l'Organisme assureur les entrées et sorties de personnel au sein des effectifs ainsi que les dates y afférant.

Pour les sorties d'effectifs, l'Employeur devra également renseigner le motif de départ.

### Article 20 - Obligations du Salarié

En cas de modification de sa situation ayant des conséquences sur son affiliation au régime complémentaire souscrit de manière obligatoire par l'Employeur ou en cas de demande d'ouverture, de modification ou de résiliation des garanties facultatives (couverture des ayants droit ou souscription/modification des options), le Salarié est tenu de s'adresser directement auprès de l'Organisme assureur.

### Article 19 - Obligations de l'Employeur

#### Article 19.1 Remise de la Notice d'information aux Salariés

L'Employeur est tenu de remettre un exemplaire de la Notice d'information établie par l'Organisme assureur à chaque Salarié affilié au présent Contrat et de conserver la preuve de cette remise.

---

## Chapitre 6

# Cotisations

---

### Article 21 - Taux et montant des cotisations

En application de l'Accord du 16 décembre 2015 de la Convention Collective Nationale du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie du 17 décembre 1987, le financement des garanties est assuré par le versement à terme échu de cotisations

forfaitaires exprimées sous forme de montant en euros. Le montant de la cotisation est indiqué sur le Bulletin d'Adhésion.

L'Organisme assureur recommandé dans le cadre de l'Accord du 16 décembre 2015 de la Convention Collective Nationale

du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie du 17 décembre 1987 s'est engagé à maintenir les montants de cotisations finançant la couverture du socle, niveau de garanties obligatoire pour les salariés et facultatif pour ses éventuels ayants droit et des options, déterminés par ledit Accord, pour une durée de 3 ans, soit jusqu'au 31/12/2018, sauf en cas de modification de l'environnement législatif ou réglementaire.

Au-delà de cette date, la branche du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie et l'Organisme assureur piloteront les éventuelles évolutions ultérieures.

En tout état de cause, dans le cas d'une évolution légale ou réglementaire susceptible d'avoir une influence sur les cotisations et/ou les prestations prévues par le présent Contrat, la branche du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie et l'Organisme assureur se rencontreront pour y apporter les modifications nécessaires à sa mise en conformité.

Ces modifications impacteront le présent Contrat selon les modalités prévues par l'article 11.4 des présentes Conditions Générales.

## Article 22 - Modalités de règlement des cotisations

### Article 22.1 Garanties souscrites par l'Employeur

Les garanties obligatoires sont mises en œuvre en contrepartie d'une cotisation «salarié isolé».

Cette dernière est financée a minima à hauteur de 50% par l'Employeur.

La participation du Salarié est directement précomptée par l'Employeur sur sa fiche de paie.

### Article 22.2 Couverture à titre facultatif des ayants droit

La couverture facultative des ayants droit est entièrement à la charge du Salarié en contrepartie :

- d'une cotisation «CONJOINT» pour le conjoint du Salarié tel que défini à l'article 12.2 des présentes Conditions Générales (cotisation additionnelle facultative);
- d'une cotisation «ENFANT» pour les enfants tels que définis à l'article 12.2 des présentes Conditions Générales (cotisation additionnelle facultative par enfant, gratuité à compter du 3<sup>e</sup> enfant).

La cotisation versée au titre de l'«ASCENDANT», ayant droit défini à l'article 12.2 des présentes Conditions Générales (cotisation additionnelle facultative à la charge du Salarié) sera celle déterminée pour le CONJOINT.

Cette cotisation est directement prélevée sur le compte bancaire du Salarié selon les modalités spécifiques prévues sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

### Article 22.3 Garanties optionnelles souscrites à titre facultatif

La cotisation additionnelle servant au financement du niveau de garanties optionnelles souscrit par le Salarié pour lui-même et ses éventuels ayants droit est entièrement à sa charge.

Cette cotisation est directement prélevée sur le compte bancaire du Salarié selon les modalités spécifiques prévues sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

## Article 23 - Non-règlement des cotisations : Possibilité pour l'Organisme assureur de résilier le Contrat

■ Au titre des garanties souscrites à titre obligatoire par l'Employeur  
L'article L. 221-8 du Code de la mutualité prévoit qu'en cas de non-paiement des cotisations 10 jours après l'échéance, l'Organisme assureur pourra envoyer, par lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure à l'Employeur.

Cette lettre l'informe notamment que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner la suspension, voire même la résiliation de la garantie.

Cette mise en demeure, non suivie d'effet dans les 30 jours, engendre la suspension des garanties.

La garantie pourra alors être résiliée 10 jours après la suspension, soit 40 jours après l'envoi de la mise en demeure, comme le prévoit l'article L. 221-8 du Code de la mutualité.

Sauf décision différente de l'Organisme assureur, le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance durant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

En application de l'article L. 221-8 du Code de la mutualité, Le Salarié est informé que le défaut de paiement par l'Employeur est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties, sauf s'il entreprend de se substituer à l'Employeur pour le paiement des cotisations.

■ Au titre des garanties souscrites à titre facultatif par le Salarié  
Dans le cadre des garanties facultatives que le Salarié peut souscrire (couverture de ses ayants droit; garantie optionnelle), en cas de non-paiement des cotisations 10 jours après l'échéance, l'Organisme assureur envoie, par voie de lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure au Salarié, en application de l'article L. 221-7 du Code de la mutualité.

Cette lettre informe notamment le Salarié que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner la suspension puis la résiliation de la garantie souscrite à titre facultatif.

Cette mise en demeure, non suivie d'effet dans les 30 jours, engendre la suspension des garanties.

Les garanties pourront alors être résiliées 10 jours après la suspension, soit 40 jours après l'envoi de la mise en demeure, comme le prévoit l'article L. 221-7 du Code de la mutualité.

En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension de la garantie intervenant en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, ne produit ses effets qu'à l'expiration de la période dûment réglée.

La garantie non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où a été payée la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

## Article 24 - Régularisation des cotisations versées

A partir des données concernant les effectifs communiqués par l'Employeur à l'Organisme assureur, une régularisation des

cotisations versées sera effectuée par l'Organisme assureur. Cette régularisation se fera selon la périodicité retenue par l'Organisme assureur.

# Chapitre 7

## Garanties

### Article 25 - Détermination des garanties

Les niveaux de garanties sur lesquels porte l'engagement de l'Organisme assureur sont conformes à l'Accord du 16 décembre 2015 de la Convention Collective Nationale du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie du 17 décembre 1987.

Le détail de ces prestations est présenté en annexe aux présentes Conditions Générales.

Ces garanties s'inscrivent dans le cadre :

- de la réglementation relative aux « contrats responsables », définie aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale;

- des dispositions relatives au « panier de soins minimum » définies aux articles L. 911-7 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolution de la législation en vigueur, le présent Contrat sera mis en conformité avec les nouvelles dispositions, en accord avec les partenaires sociaux et, en tout état de cause, au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation, par voie d'avenant signé par les parties.

En aucun cas les termes du présent Contrat ne peuvent contrevir aux règles des contrats dits « responsables ». En cas de contradictions, les règles du contrat « responsable » priment sur les présentes dispositions.

#### Article 25.1 Dispositions relatives au « Contrat responsable »

Les garanties définies en annexe aux présentes Conditions Générales sont conformes aux conditions spécifiques propres aux Contrats responsables énoncées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

En aucun cas les termes du présent Contrat ne peuvent contrevir aux règles des contrats dits « responsables ». En cas de contradictions, les règles du contrat « responsable » priment sur les présentes dispositions.

Le présent Contrat ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation du Salarié et, le cas échéant, de ses ayants droit prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 1111-15 du Code de la Santé publique (refus du droit d'accès au Dossier Médical Personnel);

- les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le Salarié et, le cas échéant, ses ayants droit, consultent sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit, à titre informatif, au minimum 8 euros);

- la participation forfaitaire obligatoire prévue au II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale fixée à 1 euro par consultation, acte médical ou de biologie. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile;

- la franchise forfaitaire obligatoire prévue au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D. 160-9 du Code de la Sécurité sociale, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie, soit à ce jour :

- 0,50 euro par boîte de médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation;

- 0,50 euro pour les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation;

- 2,00 euros pour les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Ainsi toute contribution forfaitaire, franchise, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue, à la date de signature du présent Contrat ou à l'avenir par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ne sera pas remboursée au titre du présent Contrat.

#### Article 25.2 Dispositions relatives au « Panier de soins minimum »

L'Accord du 16 décembre 2015 de la Convention Collective Nationale du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie du 17 décembre 1987 a été conclu dans l'optique de se mettre en conformité avec les dispositions de la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

Dans ce contexte, des garanties minimales ont été fixées par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014.

Le régime Frais de santé mis en place par l'Accord du 16 décembre 2015 de la Convention Collective Nationale du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie du 17 décembre 1987 respecte les minimas de garanties définis par ce décret.

### Article 26 - Fonctionnement du Fonds de solidarité

La fraction de cotisation consacrée au financement de prestations à caractère non directement contributif sera affectée à un fonds dédié à cet effet.

L'utilisation de cette contribution est conforme aux dispositions de l'Accord du 16 décembre 2015 de la Convention Collective Nationale du Commerce de détail de l'horlogerie bijouterie du 17 décembre 1987 et est contrôlée par la Commission Paritaire Nationale de suivi de l'Accord Frais de santé.

Le Fonds social est mis en place en application des actions de prévention ainsi que des règles de fonctionnement et des modalités d'attribution des prestations d'action sociale déterminées par la Commission Paritaire Nationale de suivi de l'Accord Frais de santé et dans le Règlement du Fonds de solidarité.

### Article 27 - Services associés

L'Organisme assureur met à la disposition du Salarié et, le cas échéant, également à la disposition de ses ayants droit, les services prévus ci-dessous :

- télétransmission;
- tiers payant (via Isanté);
- réseau de soins (Santclair);
- prestations d'assistance.

D'autres services associés au présent Contrat pourront être mis en place par l'Organisme assureur.

### Article 28 - Soins effectués à l'étranger

Les garanties prévues par le présent Contrat ne sont acquises qu'aux Salariés, et, le cas échéant, leurs ayants droit, affiliés à un organisme d'Assurance maladie français.

Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger viennent en complément des remboursements de l'Organisme d'Assurance maladie français et sont versées en euros.

Lorsque ces soins ne correspondent pas à des actes remboursés par les Organismes d'Assurance maladie français mais sont toutefois expressément garantis par le Contrat, le remboursement se fait à partir d'une facture détaillée, précisant à minima le montant et la nature des frais engagés.

Les prestations servies par l'Organisme assureur le sont dans la limite des garanties souscrites.

### Article 29 - Modalités de calcul des prestations

#### Article 29.1 Montants retenus

Les garanties prévues par le présent contrat sont exprimées :

- **Prestations exprimées en pourcentage de la Base de remboursement (« BR »)**

La Base de remboursement constitue le tarif de référence utilisé par les Organismes d'Assurance maladie pour calculer le taux de remboursement du régime de base.

La base de remboursement applicable est celle en vigueur à la date de survenance de l'événement.

- **Prestations exprimées en forfait euros**

Le montant de remboursement peut être exprimé en forfait euros, c'est-à-dire sous forme d'un montant en euros.

#### Article 29.2 Calcul des prestations en secteur non conventionné

Pour le calcul des prestations du secteur non conventionné, l'Organisme assureur calcule le montant des prestations par référence au tarif d'autorité appliqué par les Organismes d'Assurance maladie.

Le calcul de ces prestations telles qu'elles sont prévues par le tableau des garanties se fera donc sur la base du tarif d'autorité pour ces garanties.

### Article 29.3 Modalités spécifiques en cas de garanties de même nature contractées auprès d'un autre Organisme assureur

Le Salarié bénéficiant par ailleurs d'une couverture Frais de santé à titre individuel a la possibilité de faire intervenir l'organisme assureur de son choix en premier niveau de remboursement complémentaire.

Il en va de même dans le cas où son éventuel ayant droit bénéficierait par ailleurs d'une couverture Frais de santé à titre individuel ou au sein de son entreprise.

La contribution de chacun d'eux est déterminée en application des montants de remboursement établis dans le contrat, dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription.

Pour le deuxième niveau, il devra produire les justificatifs de remboursement de l'organisme assureur intervenant en premier niveau de remboursement complémentaire.

### Article 29.4 Principe indemnitaire

Conformément à l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais à la charge du Salarié ou, le cas échéant, de son ayant droit, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

### Article 30 - Modalités de règlement des prestations

#### Article 30.1 Formalités de règlement des prestations

Les prestations sont traitées :

- soit par échange NOEMIE (télétransmission entre les Organismes d'Assurance maladie et l'Organisme assureur), sauf opposition écrite lors de l'affiliation de la part du Salarié, ou, le cas échéant, de son ayant droit;
- soit sur présentation, à l'Organisme assureur, de l'original du décompte établi par les Organismes d'Assurance maladie, ou de l'original de la facture ou note d'honoraires acquittée, si la prestation n'est pas prise en charge par les Organismes d'Assurance maladie ou si le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit, a refusé la télétransmission.

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du Salarié ou, le cas échéant, de son ayant droit couvert à titre facultatif.

Lors de son affiliation, le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit, fournit les documents nécessaires au versement des prestations demandés par l'Organisme assureur sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

Ces pièces sont conservées par l'Organisme assureur qui est en droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire.

En application de l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit, produisent leurs demandes de prestations dans un délai maximum de deux années.

Ce délai commence à courir à compter :

- soit de la date du décompte envoyé par les Organismes d'Assurance maladie;
- soit de la date de la facture acquittée, si la prestation n'est pas prise en charge par les Organismes d'Assurance maladie.

En cas d'intervention d'un autre organisme assureur, comme le prévoit l'article 29.3 des présentes Conditions Générales, le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit, devra envoyer à l'Organisme assureur le décompte original des prestations versées par ledit organisme assureur afin d'obtenir le versement des prestations prévues par le présent Contrat.

#### Article 30.2 Délais de paiement des prestations

A réception de la demande de remboursement, les prestations garanties sont servies dans le respect des critères qualité fixés par l'Organisme assureur au titre des règles de gestion :

- soit par échange NOEMIE;
- soit hors échange NOEMIE à réception des décomptes et des pièces nécessaires à la constitution du dossier et des éventuels renseignements complémentaires demandés par l'Organisme assureur.

Les prestations sont versées :

- soit directement au Salarié ou, le cas échéant, à son ayant droit par virement sur son compte bancaire;
- soit aux professionnels de santé si le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit a fait usage du Tiers payant.

#### Article 30.3 Frais supplémentaires

Lorsque le mode de versement des prestations choisi par le Salarié, ou le cas échéant, son ayant droit, impose à l'Organisme assureur le paiement de frais ou de taxes engendrés par des prestations réalisées et/ou versées hors Union européenne, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

---

## Annexes

---

### Annexe I: Modalités d'application des garanties et tableau des garanties

#### ■ Fonctionnement du forfait optique «verres et monture»

Le forfait optique «verres et monture» est une enveloppe forfaitaire exprimée en euros. Il inclut le remboursement du ticket modérateur, celui-ci ne peut donc faire l'objet d'un remboursement en cas d'utilisation du forfait dans sa totalité.

La prise en charge du forfait optique «verres et monture» est limitée à un équipement composé de deux verres et une monture, par période de deux ans. Cette période de deux ans est également applicable au remboursement du ticket modérateur.

#### Par exception :

- Pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue, le bénéfice du forfait optique est réduit à un an pour les frais exposés dans l'acquisition d'un équipement.

La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la prescription médicale précisant le changement de la correction, soit dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec une nouvelle correction; celle-ci sera comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme complémentaire.

- Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin et, ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le forfait optique «verres et monture» peut couvrir une prise en charge de deux équipements (verres + monture) sur une période de deux ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Cette période de 24 mois (réduite à 12 mois pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue) s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement. Il s'agit d'une période fixe qui ne peut être ni réduite ni allongée.

Le reliquat du forfait optique «verres et monture» non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

L'affiliation à une garantie optionnelle ou un changement de formule optionnelle ne permet pas de déroger à ces règles.

Ainsi, en cas de changement de formule :

- Si le Salarié ou, le cas échéant, son ayant droit n'a pas entamé son forfait optique «verres et monture» avant ce changement de formule, il bénéficiera du montant du forfait nouvellement souscrit, à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule ;
- En tout état de cause, une période de deux ans déclenchée par un précédent achat n'est ni réduite ni annulée par la souscription d'une nouvelle option et continue à courir sur la nouvelle option jusqu'à l'arrivée à son terme.

Les montants des forfaits «verres et monture» sont précisés au tableau des garanties présenté ci-après.

## TABLEAU DES GARANTIES

 SOINS COURANTS	Base (Sécurité sociale incluse)	Base intermédiaire (Base incluse)	Base améliorée (Base incluse)
Visites, consultations et majorations de généralistes - CAS / Non CAS	100% BR / 100% BR	150% BR / 130% BR	200% BR / 180% BR
Visites, consultations de spécialistes - CAS / Non CAS	100% BR / 100% BR	150% BR / 130% BR	200% BR / 180% BR
Actes techniques - CAS / Non CAS	100% BR / 100% BR	150% BR / 130% BR	200% BR / 180% BR
Radiologie (radio, scanner, IRM...) - CAS / Non CAS	100% BR / 100% BR	150% BR / 130% BR	200% BR / 180% BR
Auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmiers...)	100% BR	150% BR	200% BR
Analyses médicales - CAS / Non CAS	100% BR	125% BR	150% BR
Actes de prévention <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	100% BR
Cure thermale <sup>(2)</sup>	RSS	100% BR	100% BR
Médecines douces (ostéopathes, acupuncteurs, chiropracteurs)	-	30€ (max. 2/an/bénéficiaire)	30€ (max. 4/an/bénéficiaire)
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	RSS	RSS + 25€ (max. 1/an/bénéficiaire)	RSS + 50€ (max. 1/an/bénéficiaire)
 HOSPITALISATION			
Frais de séjour	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux - CAS / Non CAS	100% BR / 100% BR	150% BR / 130% BR	200% BR / 180% BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique illimité	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation forfaitaire actes lourds (18€)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	-	20€/jour	40€/jour
Frais d'accompagnement (- de 16 ans)	-	10€/jour	20€/jour
Frais de transport pris en charge par la SS	100% BR	100% BR	100% BR
Maternité - Chambre particulière	-	25€/jour	50€/jour
Maternité - Prime de naissance <sup>(3)</sup>	-	5% PMSS	10% PMSS
 PHARMACIE			
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) «majeur» / «modéré» / «faible»	100% BR / RSS / RSS	100% BR / 100% BR / 100% BR	100% BR / 100% BR / 100% BR
 OPTIQUE (a)			
Monture seule	100% BR	RSS + 75 €	RSS + 150 €
2 verres simples (classe a)	RSS + 100 €*	RSS + 200 €*	RSS + 300 €*
2 verres complexes (classe b)	RSS + 200 €*	RSS + 400 €*	RSS + 600 €*
2 verres très complexes (classe c)	RSS + 200 €*	RSS + 400 €*	RSS + 600 €*
1 verre simple (classe a) + 1 verre complexe (classe b)	RSS + 150 €*	RSS + 300 €*	RSS + 450 €*
1 verre simple (classe a) + 1 verre très complexe (classe c)	RSS + 150 €*	RSS + 300 €*	RSS + 450 €*
1 verre complexe (classe b) + 1 verre très complexe (classe c)	RSS + 200 €*	RSS + 300 €*	RSS + 450 €*
Lentilles prises en charge par la SS	100% BR	100% BR + 75 €	100% BR + 150 €
Lentilles non prises en charge par la SS	-	75 €	150 €
 DENTAIRE			
Soins dentaires <sup>(4)</sup>	100% BR	100% BR	100% BR
Inlays/Onlays pris en charge par la SS	100% BR	120% BR	150% BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS <sup>(5)</sup>	125% BR	125% BR + 150 €/an/bénéficiaire	125% BR + 300 €/an/bénéficiaire
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS <sup>(6)</sup>	-	150 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par la SS	125% BR	150% BR	200% BR
Orthodontie non prise en charge par la SS	-	100 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
 PROTHÈSES (HORS DENTAIRE)			
Prothèses auditives	100% BR	100% BR + 100 €/an/bénéficiaire	100% BR + 200 €/an/bénéficiaire
Autres prothèses / Dispositifs médicaux (fournitures médicales, pansements)	100% BR	150% BR	200% BR

**Document non contractuel fourni à titre indicatif. Grille de prestations susceptible d'évolutions.**

a) Remboursement d'un équipement optique (2 verres + monture) tous les 2 ans (lentilles non concernées). Pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue cette durée est réduite à 1 an.

**Classe a** : Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont cylindre ≤ + 4,00 dioptries.

**Classe b** : Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.

**Classe c** : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

**SMR** : Service Médical Rendu. **BR** : Base de remboursement - **SS** : Sécurité sociale - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, PMSS 2016 : 3218 € - **CAS** : Contrat d'accès aux soins. **RSS** : Remboursement Sécurité sociale. \* y compris forfait monture.

(1) Tous les actes de prévention (cf. arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même Code) sont pris en charge au titre du présent contrat et pour chaque bénéficiaire. (2) Y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport. (3) Dans la limite des frais engagés. (4) Soins dentaires, soins chirurgicaux, actes techniques, radiographie... (5) Prothèses fixes ou amovibles, couronnes, inlay core avec ou sans clavette, etc. (6) Y compris implantologie. \* Y compris forfait monture



Umanens, c'est le partage des valeurs et des solutions concrètes. Des mutuelles fières de leur histoire se sont unies pour être plus fortes, plus proches et plus innovantes pour l'avenir. Avec Umanens, elles engagent une dynamique nouvelle et une stratégie de développement fondées sur un esprit de coopération.

## Réinventons la protection au service du bien-être social

---

### Besoin d'accompagnement...

Rien de plus simple,  
à vous de choisir la solution qui vous convient :



**N°Cristal** 09 70 60 98 99

APPEL NON SURTAXE

Un conseiller à votre écoute !



**Par mail :**

[gestion-entreprises@umanens.fr](mailto:gestion-entreprises@umanens.fr)



**Par courrier à l'adresse suivante :**

GESTION BRANCHE UMANENS  
LA MUTUELLE FAMILIALE  
TSA 60 002 - 75487 PARIS CEDEX 10.