

26 OCT. 2015

1/4 350/40/941/193 2 03AA5193709ECTF 2 BGW

**Pour tout renseignement, contactez**

Le service client au 04 68 35 97 35

**Centre de gestion**Mutuelle VIASANTÉ  
10 rue de la Madeleine  
12023 RODEZ CEDEX

FENARA 48

CHAMBRE DE METIERS  
2 BD DU SOUBEYRAN  
48003 MENDE CEDEX**Vos références**

N° Contrat : VS1155/ACT

Ref/Courrier : 201510VS1155

Rodez, le 15/10/2015

**Objet : Lettre-avenant de mise en conformité de votre contrat et cotisations 2016****PJ : Lettre-avenant**

Madame, Monsieur,

Vous nous accordez votre confiance pour la gestion du contrat frais de santé de vos salariés. En effet vous avez souscrit, auprès de VIASANTÉ Mutuelle, un contrat dit « responsable » par la loi du 13 août 2004, et vos salariés ou adhérents bénéficient ainsi :

- d'une taxe spéciale sur les conventions d'assurance au taux réduit de 7% contre 14 % dans le cas d'un contrat dit « non responsable »,
- d'éventuelles exonérations sociales dans le cadre de contrats obligatoires.

La santé a fait l'objet cette année d'une vaste réforme qui a des impacts sur votre contrat. Le décret n° 2014-1374 en date du 18 novembre 2014 modifie les critères des contrats responsables en instaurant de nouveaux planchers et plafonds et le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 définit le panier de soins minimum des contrats collectifs obligatoires dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé.

Afin de répondre aux obligations découlant de ces évolutions règlementaires et de vous permettre de continuer à bénéficier des avantages du contrat dit « responsable », nous avons fait évoluer votre garantie frais de santé dès 2015.

La lettre-avenant jointe à ce courrier mentionne les cotisations qui s'appliqueront à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 et tient lieu de notice d'information. Elle est à remettre à l'ensemble des salariés bénéficiant de la garantie frais de santé. Nous vous rappelons qu'il est nécessaire, le cas échéant, de modifier en conséquence l'acte juridique (accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur) qui vous engage vis-à-vis de vos salariés.

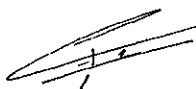
Nous tenons également à attirer votre attention sur le fait qu'à la date de rédaction du présent courrier, un certain nombre d'accords de branche restent en cours de négociation, ou ont été récemment négociés. Ces accords sont susceptibles de fixer, pour l'ensemble des entreprises qui en dépendent, un niveau de garanties en tout ou partie différent de celui que vous avez souscrit. Dans le cas où votre entreprise serait concernée par l'un d'eux, nous vous invitons à communiquer sans délais à nos services la référence de la CCN appliquée, afin de sécuriser vos démarches de mise en conformité.

Par ailleurs la lettre-Circulaire ACOSS 2015-0000045 du 12 août 2015, interprétant l'article L.911-7 du Code de la Sécurité Sociale et le décret du 8 septembre 2014, prohibe les clauses d'ancienneté dans les contrats Frais de Santé. Ainsi, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, la Mutuelle VIASANTE n'appliquera plus aucune clause d'ancienneté, quelles que soient les stipulations de l'acte fondateur du régime Frais de Santé. Par conséquent, si le régime en vigueur dans votre société est assorti d'une telle clause, et pour éviter tout risque de redressement vous devrez la supprimer au plus tard au 31 décembre 2015, votre acte fondateur du régime devant dans ce cas être modifié et vos obligations relatives à l'information de vos salariés respectées.

**Nous soulignons qu'il résulte des dispositions de cette Lettre-Circulaire, que les régimes Frais de Santé assortis de clauses d'ancienneté encourent une requalification en cas de contrôle de l'URSSAF et que les entreprises concernées s'exposent à des risques de redressements.**

Nos conseillers sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire. Soucieux de vous accompagner, vous pouvez également disposer des services d'une plateforme téléphonique dédiée en composant le **04 68 35 97 35**.

Vous remerciant de votre confiance, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les plus mutualistes.



Olivier CASTRO  
Directeur Commercial

octobre 2015

## LETTRE-AVENANT AU CONTRAT COLLECTIF FRAIS DE SANTÉ N° VS1155-ACT

---

La présente lettre-avenant a pour objet de modifier ou de compléter à compter du 01/01/2016 certaines dispositions de votre contrat collectif « frais de santé » en vigueur :

Entre : **Mutuelle VIASANTE**

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité  
Siège social : 104-110, boulevard HAUSMANN – 75008 PARIS  
SIREN 777 927 120  
Représentée par Denis SAULES, Directeur Général

D'une part,

Et :

**FENARA 48**

CHAMBRE DE METIERS  
2 BD DU SOUBEYRAN  
48003 MENDE CEDEX  
N° SIRET : 00000000000000

Ci-après dénommé « **le souscripteur** »  
Représenté par son Responsable

D'autre part,



## 1 - COTISATIONS :

La cotisation est fixée comme suit à compter du 01/01/2016 :

Votre garantie au 1 <sup>er</sup> janvier 2016 : VR300V1110-PH15	
Vos cotisations mensuelles 2016 exprimées en euros :	
	APPELEES AU MEMBRE PARTICIPANT
solo (1 bénéficiaire)	85,40 €
duo (2 bénéficiaires)	158,00 €
famille (3 bénéficiaires et +)	249,40 €

La couverture Frais de Santé souscrite répond aux conditions définies :

- par la réglementation afférente aux Contrats Responsables, notamment l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et les décrets d'application correspondants.
- et par le décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 pris en application de la loi 2013-504 du 14 juin 2013 définissant le panier de soins minimum dans le cadre de l'ANI du 11 janvier 2013.

## 2 - AJUSTEMENTS DES PRESTATIONS LIEES A LA REGLEMENTATION DES CONTRATS RESPONSABLES

- **Prise en charge de l'intégralité de la participation de l'assuré :**

Les niveaux de prise en charge des différentes prestations sont définis dans la grille de garantie.

Est couverte a minima l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé. Toutefois, conformément à l'article D911-1 du Code de la Sécurité Sociale, certaines garanties ne prennent pas en charge :

- Les cures thermales
- Les médicaments remboursés à 15 % par le Régime Obligatoire.

Est également couverte la Participation Forfaitaire prévue au I de l'article R322-8 du Code de la Sécurité Sociale (Elle est fixée à 18 euros à ce jour).

- **Hospitalisation :**

Les niveaux de prise en charge des frais de séjour hospitaliers sont définis dans la grille de garantie. Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge intégralement de manière illimitée.

- **Honoraires Médicaux :**

Pour les contrats qui prévoient la prise en charge des dépassements d'Honoraires Médicaux, **la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) est soumise à des limitations fixées par décret.** Les taux de remboursement prévus par la garantie respectent ces limitations.

Cette règle s'applique que ces honoraires soient facturés dans le cadre de soins de ville ou de soins dispensés en milieu hospitalier.

- **Optique :**

Pour les contrats qui prévoient la prise en charge des dépassements Optique, conformément à la réglementation des Contrats Responsables, la prise en charge des frais d'Optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire.

Les différentes catégories sont :

- a) Les équipements à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries;
- b) Les équipements comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;
- c) Les équipements à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d) Les équipements comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;
- e) Les équipements comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;
- f) Les équipements pour adulte à 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.

**La prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée par le décret.**

**La limite applicable à votre garantie est précisée sur la grille de prestations.**

**La prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans.**

Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé au 1er janvier 2016 et à compter de la date d'adhésion au contrat pour les affiliations postérieures à cette date.

Cette période est réduite à un an concernant les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement destiné à un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (justificatifs à fournir).

- **Actes de prévention :**

La Mutuelle prend en charge le ticket modérateur de tous les actes de prévention remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

- **Garantie 1er jour Entreprise :**

Concernant la garantie 1<sup>er</sup> jour Entreprise, si celle-ci a été souscrite, **les prestations sont limitées à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS).**

### 3 - AUTRES MODIFICATIONS :

- **Chambre particulière en ambulatoire :**

Lorsque la garantie couvre la chambre particulière en ambulatoire, elle est prise en charge suivant les modalités définies ci-dessous.

Pour les séjours inférieurs à 24 heures, en dehors de disposition conventionnelle, la chambre particulière en ambulatoire est prise en charge dans le cadre de la réalisation d'un acte de chirurgie ou d'un examen réalisé sous anesthésie, **à hauteur de 18€ par séjour, limité à 3 jours par an.**

- **Prothèses dentaires et orthopédie dento-faciale (orthodontie) :**

Les niveaux de prise en charge des prothèses dentaires et de l'orthopédie dento-faciale sont définis dans la grille de garantie. Elles doivent être prises en charge a minima à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilité, en vertu du décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 définissant le panier de soins minimal dans le cadre de la loi du 14 juin 2013.

- **Prestations de Médecine Douce (ou Alternatives) :**

Lorsqu'il est prévu par la garantie, le forfait afférent aux prestations dites de médecines douces ou alternatives, non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, est versé sur justificatif (facture détaillée et nominative faisant mention de la nature de l'acte).

La liste des actes susceptibles d'être pris en charge ainsi que le montant du forfait sont mentionnés sur la grille de garantie.

Le versement du forfait afférent à ces actes est soumis :

- concernant l'ostéopathie, à la présence du praticien sur la liste déposée auprès du préfet
- concernant les autres disciplines, au respect des conditions suivantes :
  - à la détention par le praticien du diplôme correspondant à la discipline
  - à l'exercice dans un cadre légal
  - à l'affiliation à une organisation professionnelle reconnue correspondant à la discipline

- **Assistance :**

Pour les contrats qui intègrent la garantie Assistance, les prestations assurées font l'objet de modifications.

- **Déclaration Sociale Nominative :**

Pour les entreprises concernées par la DSN, dans le cadre du déploiement de la Déclaration Sociale Nominative (DSN), qu'il s'agisse de l'application volontaire ou de la généralisation de sa mise en place, les informations nécessaires à la bonne gestion du contrat devront être transmises à la Mutuelle via cette procédure pour les données en relevant. Les données figurant dans la DSN prévaudront sur les données transmises préalablement par tout autre support. Les informations complémentaires non comprises dans la DSN pourront être transmises par un autre moyen et faire l'objet d'une demande de la Mutuelle.

- **Inapplication des clauses d'ancienneté :**

A compter du 1er janvier 2016, pour faire application de l'article 1er de la loi 2013-504 du 14 juin 2013, la Mutuelle VIASANTE n'appliquera plus aucune clause d'ancienneté, quelles que soient les stipulations de l'acte fondateur du régime Frais de Santé.



#### **4 - NOTICE D'INFORMATION :**

L'employeur doit remettre à chaque membre participant une copie de la présente lettre avenant (à l'exclusion de sa première page), valant également notice d'information.

**Pour la Mutuelle VIASANTE**



Denis SAULES  
Directeur Général



