viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

X 1/5 350/45/9771/1955 1 03AA5891705ECTF 13 BGW AZL

SAS HANDISHARE INTERIM
513 RUE DE SANS SOUCI
69760 LIMONEST

Pour nous écrire,
www.viasante.fr rubrique mon compte
ou
VIASANTÉ MUTUELLE
GESTION ENTREPRISE
TSA 80003
11804 CARCASSONNE CEDEX

Vos références
N° de Contrat Collectif : 001C0000780366/ACT
Ref/Courrier : C310007540

Objet : Lettre-avenant 2021

PJ : Lettre-Avenant

Carcassonne, le 05/10/2020

Chère Madame, Cher Monsieur,

Avec la crise du Coronavirus (Covid-19), 2020 restera une année marquante.

Cette épidémie souligne l'importance de prendre soin les uns des autres et de rester solidaires. Plus que jamais, **il est essentiel de ne pas négliger sa santé et de maintenir son suivi médical**. En effet, la négligence des symptômes d'un accident vasculaire cérébral ou d'un infarctus par exemple, tout comme la minimisation des symptômes d'une maladie chronique peut avoir des conséquences très graves sur votre santé. En remplissant ses missions d'information et d'accompagnement dans le respect des valeurs mutualistes, en proposant des garanties adaptées au profil de chacun, VIASANTÉ, la mutuelle d'AG2R LA MONDIALE, mobilise ses expertises pour que chacun soit plus que jamais **acteur de sa santé**.

Depuis le début de cette crise, nos équipes mettent tout en œuvre pour assurer le paiement des prestations santé, pour développer de nouveaux services, pour déployer des initiatives d'action sociale pour accompagner les chefs d'entreprises et leurs salariés en difficulté.

Votre service d'écoute et d'accompagnement SimpliSanté, créé spécialement pour vous par VIASANTÉ, a pris encore plus de sens pendant les périodes de confinement et de déconfinement liées à la crise sanitaire. Ce service apporte des réponses aux chefs d'entreprise comme à leurs salariés pendant ces moments de fragilité. Les conseillers SimpliSanté reçoivent les appels de manière anonyme, offrent une écoute attentive et professionnelle pour cerner la nature du problème, émettre un diagnostic et trouver la solution adaptée à chaque situation. (Retrouvez toutes les informations sur www.simplisante.fr).

Aujourd'hui, VIASANTÉ lance sa plateforme interactive prévention & santé « jevisbien-être.fr », pour aider vos salariés à prendre soin d'eux. Au travers de celle-ci, vos collaborateurs bénéficieront **gratuitement d'un accompagnement pour agir immédiatement et durablement sur leur santé**.

VIASANTÉ, entreprise certifiée ISO 9001, vous permet de bénéficier de services et prestations de qualité : tiers payant, téléconsultation, accès à nos réseaux de soins, ateliers Prévention, téléassistance nouvelle génération LienVeillance, proximité de nos agences, accès sécurisé à votre espace privatif sur internet, conseil d'expert en Santé, Prévoyance, Gestion patrimoniale...

Vous trouverez ci-après une lettre-avenant mentionnant les modifications intervenant sur votre contrat Frais de Santé à compter du 01/01/2021. Une augmentation mesurée, chaque année, des cotisations de votre contrat santé permet de maintenir pour les années à venir l'équilibre de celui-ci.

Pour plus d'informations, nous nous tenons à votre disposition au 09 70 81 80 77.

Vous souhaitez également accéder aux éléments de votre contrat ? Effectuer des opérations de gestion ? Rendez-vous sur votre espace web personnalisé à partir du site **www.viasante.fr**. Vous pourrez également consulter les nouveaux statuts de votre mutuelle.

Vous remerciant de votre fidélité, nous vous prions d'agréer, Chère Madame, Cher Monsieur, l'expression de nos sentiments les plus mutualistes.

M. Denis SAULES
Directeur Général

UNE PHILOSOPHIE

BIENVEILLANCE
SOLIDARITÉ
& PROXIMITÉ

VIASANTÉ VOUS ACCOMPAGNE AU QUOTIDIEN !

jevisbien-être.fr
UN NOUVEL ESPACE INTERACTIF SANTÉ & PRÉVENTION
Information, conseil et accompagnement.
www.jevisbien-etre.fr

Un **ESPACE ENTREPRISE**
sur www.viasante.fr

Une **CARTE NATIONALE DE TIERS-PAYANT**
auprès de plus de 200 000 professionnels de santé.

SimpliSanté
Une **PLATEFORME D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ**
qui apporte des réponses aux préoccupations personnelles et professionnelles des dirigeants et salariés.
Présentation du service sur www.simplisante.fr.

Un service de
TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE
Présentation du service sur www.medecindirect.fr

AG2R LA MONDIALE

AI_ECAVB5_BATCH_V3 - Version : 3.0

viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

Octobre 2020

LETTRE-AVENANT AU CONTRAT COLLECTIF FRAIS DE SANTÉ N° 001C0000780366-ACT

La présente lettre-avenant a pour objet de modifier ou de compléter, notamment suite à des évolutions règlementaires, certaines dispositions de votre contrat collectif « frais de santé », conclu :

Entre : **VIASANTÉ MUTUELLE**

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
Siège social : 14-16 boulevard Malesherbes – 75008 PARIS
SIREN 777 927 120
Représentée par M. Denis SAULES, Directeur Général

D'une part,

Et : **SAS HANDISHARE INTERIM**

513 RUE DE SANS SOUCI
69760 LIMONEST
SIREN 881 025 936

Ci-après dénommée « **le souscripteur** »
Représentée par son Responsable

D'autre part,

La présente lettre-avenant entrera en vigueur au 1er janvier 2021. Par dérogation, les dispositions mentionnées au point 2 entreront en vigueur au plus tard le 1er décembre 2020, sous réserve de parution du décret.

1- COTISATIONS :

La cotisation est fixée comme suit à compter du 01/01/2021 :

Votre garantie au 1er janvier 2021 : FlexéoSanté Perso Renfort 440 Vos cotisations mensuelles 2021 exprimées en euros :	
	APPELEES AU MEMBRE PARTICIPANT
Renfort 40 tarif adulte	12,36 €
Renfort 40 tarif enfant	5,52 €

Votre garantie au 1er janvier 2021 : FlexéoSanté Perso Renfort 450 Vos cotisations mensuelles 2021 exprimées en euros :	
	APPELEES AU MEMBRE PARTICIPANT
Renfort 50 tarif adulte	38,22 €
Renfort 50 tarif enfant	15,24 €

Votre garantie au 1er janvier 2021 : FlexéoSanté Perso Renfort 460 Vos cotisations mensuelles 2021 exprimées en euros :	
	APPELEES AU MEMBRE PARTICIPANT
Renfort 60 tarif adulte	51,57 €
Renfort 60 tarif enfant	20,81 €

Votre garantie au 1er janvier 2021 : Flexéo Santé Pro Formule 400 Bien-Être Vos cotisations mensuelles 2021 exprimées en euros :	
	APPELEES A L'EMPLOYEUR
Tarif adulte	59,71 €
Tarif enfant	35,88 €
Assistance : tarif unique par contrat individuel	0,51 €

2- MISE EN CONFORMITE DES DISPOSITIONS CONTRACTUELLES AVEC LA REFORME DE LA RESILIATION INFRA-ANNUELLE

La loi 2019-733 du 14 juillet 2019 publiée au Journal Officiel du 16 juillet 2019, relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé a modifié les conditions et les modalités de résiliation des contrats frais de santé, à l'initiative des souscripteurs.
Par conséquent, dans ce cadre, plusieurs dispositions contractuelles font l'objet d'ajustements.

2.1- Résiliation à l'initiative de la personne morale souscriptrice

Les dispositions contractuelles relatives à la résiliation du contrat à l'initiative de la personne morale souscriptrice sont remplacées par les dispositions suivantes :

Dispositions applicables avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription
Conformément à l'Article L221-10 du Code de la Mutualité, la personne morale souscriptrice peut résilier le contrat collectif tous les ans en adressant à la Mutuelle une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'Article L221-10-3 du Code de la Mutualité (Cf. point 2.5), au moins deux mois avant la date d'échéance.

Dispositions applicables après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription
Conformément à l'Article L221-10-2 du Code de la Mutualité, la personne morale souscriptrice peut résilier le contrat collectif, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités par l'un des moyens prévu à l'Article L221-10-3 du Code de la Mutualité (Cf. point 2.5). La résiliation prend effet au plus tôt un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par la personne morale souscriptrice ou par son nouvel organisme assureur dans le cas où elle lui a donné mandat.

2.2- Résiliation à l'initiative du membre participant - Disposition spécifique aux contrats collectifs facultatifs

Les dispositions contractuelles relatives à la résiliation à l'initiative du membre participant de son affiliation au contrat collectif facultatif sont remplacées par les dispositions suivantes :

Dispositions applicables avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription
Conformément à l'Article L221-10 du Code de la Mutualité, le membre participant peut mettre fin à son affiliation au contrat collectif facultatif, en adressant à la Mutuelle une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'Article L221-10-3 du Code de la Mutualité (Cf. point 2.5) au moins deux mois avant la date d'échéance.

Dispositions applicables après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription
Conformément à l'Article L221-10-2 du Code de la Mutualité, le membre participant peut dénoncer son affiliation au contrat collectif facultatif après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, par l'un des moyens prévu à l'Article L221-10-3 du Code de la Mutualité (Cf. point 2.5). La dénonciation de l'adhésion prend effet au plus tôt un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant ou par son nouvel organisme assureur dans le cas où il lui a donné mandat.

2.3- Radiation des ayants droit couverts à titre facultatif

Les dispositions contractuelles relatives à la radiation des ayants droit couverts à titre facultatif sont remplacées par les dispositions suivantes :

Dispositions applicables avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription
Conformément à l'Article L221-10 du Code de la Mutualité, le membre participant peut mettre fin à l'affiliation au contrat collectif de ses ayants droit couverts à titre facultatif, en adressant à la Mutuelle une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'Article L221-10-3 du Code de la Mutualité (Cf. point 2.5) au moins deux mois avant la date d'échéance.

Dispositions applicables après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription
Conformément à l'Article L221-10-2 du Code de la Mutualité, le membre participant peut dénoncer l'affiliation au contrat collectif de ses ayants droit couverts à titre facultatif, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, par l'un des moyens prévu à l'Article L221-10-3 du Code de la Mutualité (Cf. point 2.5). La dénonciation de l'affiliation prend effet au plus tôt un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant ou par son nouvel organisme assureur dans le cas où il lui a donné mandat.

2.4- Garanties optionnelles : Date d'effet - Changement de garantie – Résiliation

2.4.1- Date d'effet

Les dispositions contractuelles relatives à la date d'effet de l'adhésion à une garantie optionnelle sont remplacées par les dispositions suivantes :

L'adhésion prend effet, pour le membre participant et le cas échéant pour ses ayants-droit à la date d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion.

Les mêmes règles s'appliquent en cas d'affiliation en ligne, la date de signature électronique du bulletin d'adhésion numérique faisant alors foi.

2.4.2- Changement de garantie

Les dispositions contractuelles relatives au changement de garantie (Date d'effet de la modification/Diminution de garantie/ Augmentation de garantie) sont remplacées par les dispositions suivantes :

Date d'effet de la modification

Le changement de garantie prend effet, sous réserve d'avoir bénéficié de la garantie précédente pendant 12 mois minimum et de respecter un délai de préavis d'un mois minimum :

- soit le lendemain de l'expiration dudit délai de préavis ;
- soit à la date mentionnée dans la demande de changement de garantie.

Diminution de garantie

Une diminution de garantie ne peut intervenir qu'à condition d'avoir bénéficié de la garantie précédente pendant 12 mois minimum, sous réserve d'en faire la demande par écrit au moins un mois à l'avance.

Augmentation de garantie

Une augmentation de garantie ne peut intervenir à la suite d'une diminution de garantie qu'à l'expiration d'un délai de 12 mois minimum, sous réserve d'en faire la demande par écrit au moins un mois à l'avance.

2.4.3- Résiliation

Les dispositions contractuelles relatives à la résiliation des garanties optionnelles sont remplacées par les dispositions suivantes :

Dispositions applicables avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription

Conformément à l'Article L221-10 du Code de la Mutualité, le membre participant peut mettre fin à son affiliation en adressant à la Mutuelle une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'Article L221-10-3 du Code de la Mutualité (Cf. point 2.5), au moins deux mois avant la date d'échéance.

Dispositions applicables après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription

Conformément à l'Article L221-10-2 du Code de la Mutualité, le membre participant peut dénoncer son affiliation après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, par l'un des moyens prévu à l'Article L221-10-3 du Code de la Mutualité (Cf. point 2.5). La dénonciation de l'affiliation prend effet au plus tôt un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant ou par son nouvel organisme assureur dans le cas où il lui a donné mandat. La fin de l'adhésion du membre participant emporte celle de ses ayants droit le cas échéant.

2.5- Modalités de résiliation

La loi 2019-733 du 14 juillet 2019 a introduit dans le Code de la Mutualité l'Article L221-10-3, qui définit les moyens par lesquels la personne morale souscriptrice a le droit de résilier le contrat collectif et le membre participant a le droit de dénoncer son affiliation dans le cadre d'une adhésion facultative (Affiliation à un contrat collectif facultatif/ Adhésion à des garanties optionnelles/ Affiliation d'ayants droit à titre facultatif).

Par conséquent, le contrat est amendé des dispositions suivantes :

Modalités de résiliation

Lorsque la personne morale souscriptrice a le droit de résilier le contrat collectif ou lorsque le membre participant a le droit de dénoncer son adhésion, la résiliation du contrat ou la notification de la dénonciation peut être effectuée, au choix de l'intéressé :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque la Mutuelle propose la conclusion du contrat ou l'affiliation au contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

L'organisme assureur destinataire confirme par écrit la résiliation du contrat ou la radiation des bénéficiaires.

2.6- Remboursement du solde des cotisations

La loi 2019-733 du 14 juillet 2019 définit les conditions de remboursement par la Mutuelle du solde des cotisations lorsque le contrat est résilié ou l'affiliation au contrat est dénoncée dans le cadre de la résiliation infra-annuelle.
Le contrat est amendé de la clause suivante :

Remboursement du solde des cotisations

Lorsque l'affiliation au contrat est dénoncée ou lorsque le contrat est résilié dans le cadre de la résiliation infra-annuelle, le membre participant ou la personne morale souscriptrice n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. La Mutuelle est tenue de rembourser le solde au membre participant ou à la personne morale souscriptrice dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

3- AUTRES DISPOSITIONS

3.1- Limites de garanties – Exclusions

Des précisions sont apportées concernant les conditions de prise en charge des soins d'orthodontie.
Par conséquent les dispositions correspondantes du contrat sont amendées comme suit. :

Sauf indication contraire aux conditions particulières, ne donnent pas lieu à remboursement les frais de soins engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date prise en considération est celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale, sauf cas spécifiques.
Concernant l'orthodontie (acceptée ou refusée), la date prise en considération pour l'ouverture des droits auprès de VIASANTÉ Mutuelle est la date de début du semestre de soins considéré, telle que mentionnée sur la facture du praticien. La Mutuelle ne prend en charge aucun semestre de soins d'orthodontie qui aurait débuté antérieurement à la date d'affiliation au contrat collectif du bénéficiaire de ces soins.

3.2- Allocations pour frais d'obsèques

Pour les contrats prévoyant cette prestation, les dispositions contractuelles relatives aux exclusions concernant les frais d'obsèques sont mises en conformité avec la loi n°2019-2022 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice. La clause du contrat y afférente est remplacée par la clause suivante :

Les remboursements de frais d'obsèques, lorsqu'ils sont prévus à la garantie, **sont effectués dans la limite des frais engagés et du montant précisé dans le tableau descriptif des garanties. Cette prestation est versée en cas de décès du membre participant à la personne justifiant avoir effectivement supporté les frais d'obsèques sur présentation d'une facture acquittée.**
Pour bénéficier du versement de cette allocation, les documents suivants devront être envoyés à la Mutuelle :
- Le bulletin de décès du membre participant ou de l'ayant droit.
- La facture nominative des frais d'obsèques ainsi que le justificatif d'identité de la personne s'étant acquittée de cette dernière.

Lorsque les frais ont été directement réglés par le notaire dans le cadre de la succession, les frais pourront être remboursés sur justificatif de l'office notarial.
Les conditions d'attribution de l'allocation frais d'obsèques sont soumises aux exclusions suivantes :
- **en cas de décès :**

- d'un mineur âgé de moins de 12 ans,
- d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation,
- **décès qui proviennent :**

- du suicide de l'assuré dans la première année d'assurance,
- du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne de l'assuré, dès que ce bénéficiaire a été condamné,
- des faits de guerre sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- d'émeutes, d'insurrection et leur conséquence dès lors que l'assuré y prend une part active,
- de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- des compétitions, démonstrations acrobatiques, records, vols d'essai, la pratique du delta-plane, de vols sur ailes volantes, U.L.M,
- de l'éthylisme, de l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrites médicalement.

3.3- Soins à l'étranger

Des précisions sont apportées quant à la prise en charge des dépassements d'honoraires dans le cadre d'une hospitalisation à l'étranger. La clause relative aux soins à l'étranger est modifiée comme suit :

Des prestations peuvent être allouées par la Mutuelle s'il y a prise en charge des frais par le régime d'Assurance Maladie français auquel appartient le membre participant ou ses ayants droit. Le remboursement n'interviendra qu'après présentation du décompte établi par le régime d'Assurance Maladie français et de la facture acquittée accompagnée, le cas échéant, de sa traduction en français (la Mutuelle se réservant le droit d'en contrôler l'exactitude) **et ce dans la limite du montant ou taux prévu par la garantie.**

En cas d'hospitalisation, les éventuels dépassements d'honoraires seront pris en charge sur la base de remboursement de la Sécurité sociale définie pour les honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée.

3.4- Traitement des réclamations – Conciliation – Médiation

Les modalités de saisine du médiateur font l'objet d'ajustements. Les dispositions contractuelles correspondant au traitement des réclamations, à la conciliation et à la médiation sont ajustées comme suit :

Le traitement des réclamations est effectué par le service traitement des réclamations qui peut être saisi en adressant :

- un courrier à l'adresse suivante : VIASANTÉ Mutuelle, service réclamations, TSA 10005 à (11804) CARCASSONNE Cedex ;
- ou par courrier électronique à l'adresse suivante : contact.reclamation@viasante.fr ;
- ou par téléphone au 09 69 39 3000.

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du contrat, le membre participant peut avoir recours au conciliateur de la Mutuelle désigné par le Conseil d'Administration, en adressant :

- un courrier au Secrétariat général de la Mutuelle, 12 place de la Halle - 19100 BRIVE ;
- ou un courrier électronique à l'adresse suivante : conciliation@viasante.fr.

Si le désaccord persiste, le membre participant pourra alors saisir gratuitement le Médiateur soit en adressant un courrier postal à Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF - 255 rue de Vaugirard - 750719 PARIS Cedex 15, soit en complétant un formulaire dédié sur le site https://www.mediateur-mutualite.fr/.

La demande présentée au médiateur doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de VIASANTÉ Mutuelle.

Conformément à l'article R612-5 du Code de la Consommation, un avis sera rendu au plus tard dans le délai de 90 jours, sauf en cas de litige complexe.

L'avis du médiateur ne s'impose pas aux parties et le recours au juge reste possible.

La médiation mutualiste ne peut être saisie lorsqu'une action contentieuse a été préalablement engagée.

3.5- Demande relative aux remboursements de prestations ou à la gestion du contrat

Une adresse postale est dédiée aux demandes relatives aux remboursements de prestations ou à la gestion du contrat, émanant du membre participant. Le contrat est amendé de la clause suivante :

Pour toute demande relative aux remboursements de prestations ou à la gestion du contrat, le membre participant peut adresser un courrier à l'adresse suivante : VIASANTÉ Mutuelle – Gestion Santé – TSA 90025 à (69653) VILLEFRANCHE CEDEX.

3.6- Mentions légales de VIASANTÉ Mutuelle

L'adresse du siège social de VIASANTÉ Mutuelle a changé. En conséquence, les mentions légales de VIASANTÉ Mutuelle sont modifiées comme suit :

VIASANTÉ Mutuelle - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120.

Siège social : 14-16 boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.

Le présent document « Lettre-avenant au contrat collectif frais de santé» constitue un avenant à votre contrat dont la poursuite par vos soins en 2021 vaut acceptation.

Pour leur information, vous devez remettre à chaque membre participant un exemplaire de la présente lettre-avenant qui vaut également annexe à la notice d'information.

Pour VIASANTÉ MUTUELLE

M. Denis SAULES
Directeur Général