

**Annexe 1 - Conditions générales
Frais médicaux collectifs
Au 1er janvier 2023**

Conditions générales Frais médicaux collectifs à
adhésion obligatoire

**Convention collective nationale de la production et
de la transformation des papiers et cartons**

Édition 2023
IDCC 3238



SOMMAIRE

LES PARTIES

DÉFINITIONS PRÉALABLES

PARTIE 1/ LE CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT

ARTICLE 1.1 : OBJET DU CONTRAT

ARTICLE 1.2 : CADRE JURIDIQUE

ARTICLE 1.3 : ÉTABLISSEMENT DES COMPTES ANNUELS

ARTICLE 1.4 : CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

ARTICLE 1.5 : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

ARTICLE 1.6 : UTILISATION MARQUE ET LOGO

ARTICLE 1.7: PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

PARTIE 2/ LA VIE DU CONTRAT

ARTICLE 2.1 : ADMISSION D'UNE ENTREPRISE

ARTICLE 2.2 : DURÉE DU CONTRAT

ARTICLE 2.3 : OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE SOUSCRIPTRICE

ARTICLE 2.4 : FAUSSE DÉCLARATION

ARTICLE 2.5 : MODIFICATION DU CONTRAT PAR L'ASSUREUR

ARTICLE 2.6 : NOTICE D'INFORMATION

ARTICLE 2.7 : COTISATIONS

ARTICLE 2.8 : PRESCRIPTION

ARTICLE 2.9 : LITIGES

PARTIE 3/ LES BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT

ARTICLE 3.1 : GROUPE ASSURÉ

ARTICLE 3.2 : BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

ARTICLE 3.3 : FORMALITÉS D'AFFILIATION

ARTICLE 3.4 : CONTRÔLE DES BÉNÉFICIAIRES

ARTICLE 4.1 : EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

ARTICLE 4.2 : PRESTATIONS

ARTICLE 4.3 : SUBROGATION

ARTICLE 4.4 : ÉTENDUE TERRITORIALE

ARTICLE 4.5 : ASSURANCES CUMULATIVES

PARTIE 5/ LES MAINTIENS DE GARANTIES

ARTICLE 5.1 : SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

ARTICLE 5.2 : RUPTURE OU FIN DE CONTRAT DE TRAVAIL OUVRANT DROIT À PORTABILITÉ

ARTICLE 5.3 : TITULAIRES D'UNE RENTE D'INCAPACITÉ, D'INVALIDITÉ, D'UNE PENSION DE RETRAITE OU D'UN REVENU DE REMPLACEMENT ; AYANT DROIT D'UN ASSURÉ DÉCÉDÉ.

ANNEXE – TABLEAUX DE GARANTIES

LES PARTIES

- **Le terme « Entreprise souscriptrice » désigne une entreprise** ayant sollicité son adhésion au Contrat tel que prévu par la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons, son Accord relatif aux frais de santé et ses avenants.

Il s'agit de la personne morale qui souscrit le Contrat collectif frais de santé à adhésion obligatoire au profit de ses salariés, qui s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe le Contrat.

- **Le terme « Assureur » désigne :**

Les organismes assureurs recommandés dans le cadre de l'Accord relatif aux frais de santé du 6 octobre 2022 :

PRODIGÉO Assurances.

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, au capital de 20.000.000 euros régie par le Code des Assurances, SIREN n°482 011269. Siège social : 7 rue du Regard - 75006 PARIS

APGIS :

Institution de Prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le N°930, régie par les articles L.931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. SIREN n° 304-217-904, siège social : 12 rue Massue – 94684 Vincennes cedex

HARMONIE MUTUELLE :

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 538 518 473, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57, siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

DÉFINITIONS PRÉALABLES

Pour faciliter la lecture, certains termes sont définis ci-après par ordre alphabétique. Ils sont signalés par une majuscule dans les différents articles de ce document.

Accident :

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.

Actes cliniques :

Consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes.

Acte de mise en place (article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale) :

L'Accord de branche relatif aux frais de santé du 6 octobre 2022 (avenant n° 2), mis en place pour les salariés des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la production et de transformation des papiers cartons du 29 janvier 2021.

Les Entreprises souscriptrices peuvent décider, par Accord collectif, projet d'accord soumis au vote de la majorité du personnel, ou décision unilatérale de l'employeur conformément à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale :

- d'améliorer le financement patronal édicté ;
- d'améliorer le contenu des prestations rendues obligatoires par le présent accord, en finançant par exemple tout ou partie des options 2 ou 3 proposées par le présent régime et les organismes assureurs recommandés ;
- de participer au financement de la couverture des Ayant droits.

Actes techniques médicaux :

Actes médicaux (hors diagnostic) réalisés par les médecins et remboursés par le Régime Obligatoire.

Assuré :

Membre du personnel et ancien salarié de l'Entreprise souscriptrice relevant de la catégorie de personnel assuré, affilié au présent Contrat et sur la tête duquel repose le risque.

Ayant droit :

Personne pouvant bénéficier des Garanties en raison de ses liens familiaux avec l'Assuré, selon la définition exposée à l'article 3.2.2 des présentes Conditions générales.

Base de remboursement (BR) :

Tarif servant de référence au Régime Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec le Régime Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre le Régime Obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec le Régime Obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de Base de remboursement.
- Tarif de responsabilité (TR) ou Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire :

Assuré, ainsi que ses éventuels Ayants droits affiliés à titre facultatif ou à titre obligatoire au choix de l'Entreprise souscriptrice sous réserve du respect des dispositions prévues aux Conditions générales.

Chambre particulière :

Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.

Une Chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une Hospitalisation Ambulatoire.

Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services.

Chirurgie réfractive (chirurgie de l'œil) :

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels.

Le Régime Obligatoire ne prend pas en charge ces opérations. La Chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatie, de l'hypermétropie... **En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la Chirurgie réfractive.**

Classe A (Garantie optique) ou Classe I (Garantie aides auditives) :

Au titre de la Garantie optique (Classe A) et de la Garantie aides auditives (Classe I), se dit d'un équipement appartenant au dispositif dit « 100% Santé », c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les Prix limites de ventes (P.L.V.) fixés par arrêté.

Classe B (Garantie optique) ou Classe II (Garantie aides auditives) :

Au titre de la Garantie optique (Classe B) et de la Garantie aides auditives (Classe II), se dit d'un équipement appartenant au Dispositif dit « Hors 100% Santé », c'est-à-dire à « tarif libre » et sans obligation réglementaire de prise en charge intégrale au titre du Régime Obligatoire et du Contrat.

Contrat :

Contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise auprès de l'Assureur tel que défini dans les parties. Le Contrat répond aux obligations prévues par la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons du 29 janvier 2021.

Il est composé :

- des présentes Conditions générales,
- et du bulletin de souscription de l'entreprise au Contrat, signé par l'Entreprise souscriptrice et accepté par l'Assureur via la remise d'un certificat de souscription, qui vient préciser notamment la date d'effet, les Garanties et les cotisations correspondantes.

Convention Collective :

La Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons.

Dépassement d'honoraires :

Part des honoraires qui se situe au-delà de la Base de remboursement du Régime Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par ce dernier. Le Contrat peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses Garanties le prévoient, dans les limites fixées par le cahier des charges des contrats dits « responsables ».

Dispense d'affiliation :

Faculté pour le salarié et éventuellement ses Ayants droit, de ne pas être affilié au Contrat conformément aux dispositions légales ou réglementaires ainsi que celles éventuellement prévues dans l'Acte de mise en place du Régime.

Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (D.P.T.M) :

Il s'agit de dispositifs négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Les praticiens qui ont adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) s'engagent, pendant toute la durée de leur adhésion à :

- ne pas augmenter leurs tarifs pendant la durée de leur adhésion à l'un de ces dispositifs,
- respecter un taux moyen de Dépassement d'honoraires,
- réaliser une part d'activité à tarif opposable égale ou supérieure à celle pratiquée avant son adhésion,
- respecter un taux de dépassement recalculé au maximum égal à 100 % du tarif opposable du Régime Obligatoire.

Le montant des remboursements peut varier selon que les praticiens ont ou non adhéré à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

Dispositif dit « 100% Santé » :

Ensemble des actes faisant l'objet d'une prise en charge intégrale par le Régime Obligatoire et le présent Contrat, sous réserve du respect par les professionnels de santé des Prix limites de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (H.L.F.) tels que définis par arrêté. Le but étant de rendre ces équipements accessibles sans reste à charge.

Dispositif dit « Hors 100% Santé » :

Ensemble des Actes faisant l'objet d'un éventuel reste à charge après intervention du Régime Obligatoire et du Contrat. Il s'agit des dispositifs dits à « tarif maîtrisé », (comportant des Honoraires limites de facturation en matière de Garantie dentaire) ou à « tarif libre » (en matière de Garanties optique, dentaire et aides auditives).

DSN :

La déclaration sociale nominative est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.

Entreprises souscriptrices :

- Les entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons du 29 janvier 2021, ses accords et ses avenants,
- Les établissements rattachés à une entreprise relevant de la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons du 29 janvier 2021, ses accords et avenants, sous réserve que

l'effectif de cet établissement ne dépasse pas 50 % de l'effectif du groupe et de l'acceptation de l'Assureur, et ayant adhéré au Contrat.

Forfait journalier hospitalier :

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit). Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Ce forfait n'est pas remboursé par le Régime Obligatoire.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un Accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse...).

Frais réels :

Dépense réellement payée par les Bénéficiaires de la Garantie pour leurs dépenses de santé.

Franchise médicale :

Montant forfaitaire que le Régime Obligatoire ne rembourse pas et dont la prise en charge est interdite dans le cadre des contrats dits « responsables » (Article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

Cette Franchise, à la charge de l'Assuré, concerne notamment les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

La Franchise n'est pas remboursée par l'Assureur.

Garantie :

Engagement de l'Assureur, en contrepartie d'une cotisation convenue d'avance, à verser une Prestation à l'occasion d'événements faisant jouer les clauses du Contrat, intervenant au cours d'une période déterminée.

Honoraires de dispensation :

Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un Médicament qui comprend l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.

Ces honoraires sont pris en charge partiellement ou totalement par le Régime Obligatoire et par le Contrat (prise en charge du Ticket modérateur) à condition que la délivrance fasse suite à une prescription médicale de Médicaments remboursables.

Honoraires limites de facturation (H.L.F.) :

Montants maximums définis par arrêté pouvant être facturés à l'Assuré à la date des soins par un chirurgien-dentiste conventionné avec le Régime Obligatoire. Les Honoraires limites de facturation (H.L.F.) sont appliqués aux prothèses dentaires identifiées dans les dispositifs dits « 100% Santé » et à « tarif maîtrisé ».

Hospitalisation :

L'Hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une Maladie, d'un Accident ou d'une maternité.

L'Hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse...).

L'Hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'Hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

Imagerie médicale :

L'Imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'Imagerie médicale : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser.

Inlay core :

Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée.

Cet acte est pris en charge intégralement par les contrats santé dits « responsables », en sus du remboursement du Régime Obligatoire, lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier « 100% Santé », dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte.

Inlays-Onlays :

Ces techniques permettent de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Différents matériaux peuvent être utilisés (en métal, en composite ou en céramique).

Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. Les Inlays-Onlays ne figurent pas dans le panier « 100 % Santé ». Ils figurent en revanche dans le panier dit « modéré » lorsqu'ils sont réalisés en composite ou alliage non précieux et dans le panier dit « libre » lorsqu'ils sont en céramique ou en alliage précieux.

Ce sont les seuls soins conservateurs pour lesquels le chirurgien-dentiste peut facturer un tarif supérieur à la base de remboursement. Le tarif des Inlays-Onlays composite ou en alliage non précieux sera toutefois plafonné. Celui des Inlays-Onlays en céramique ou alliage précieux restera quant à lui libre.

Le chirurgien-dentiste doit remettre un devis à son patient avant d'effectuer ces actes.

Maladie :

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente et ouvrant éventuellement droit aux prestations du Régime Obligatoire.

Médecin traitant – correspondant :

- Médecin traitant : dans le cadre du Parcours de soins coordonnés, le Médecin traitant, choisi par l'assuré social, est consulté en priorité par ce dernier et le suit tout au long de son parcours de soins. Il oriente le patient, en cas de besoin, vers un autre praticien, le Médecin correspondant.
- Médecin correspondant : dans le cadre du Parcours de soins coordonnés, le Médecin correspondant est celui vers lequel le Médecin traitant oriente le patient pour avis. Il peut également assurer des soins programmés avec le Médecin traitant ou prendre en charge des séquences de soins spécialisés nécessitées par l'état de santé du patient.

Médicaments :

Les Médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge.

Il existe quatre (4) taux de remboursement des Médicaments :

- 100 % pour les Médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65 % pour les Médicaments dont le Service médical rendu est majeur ou important (90 % pour le régime Alsace Moselle) ;
- 30 % pour les Médicaments dont le Service médical rendu est modéré et certaines préparations magistrales (80 % pour le régime Alsace Moselle) ;
- 15 % pour les Médicaments à Service médical rendu faible.

Les montants et Taux de remboursement sont communiqués par le pharmacien lors de la délivrance. Ils sont inscrits sur la facture remise par le pharmacien.

Un Médicament doit avoir fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM).

Certains Médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. Le Régime Obligatoire ne rembourse que les Médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

Les prix des Médicaments non remboursables par le Régime Obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

NOEMIE :

« Norme Ouverte d'Échanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs », permettant des échanges informatisés d'informations entre les caisses nationales du Régime Obligatoire et l'Assureur.

Nomenclature :

Les Nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le Régime Obligatoire. Elles définissent également les conditions de leur remboursement.

Les principales Nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les sage-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites...) et l'orthodontie, il s'agit de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP),
- pour les Actes techniques médicaux et dentaires (actes de chirurgie, anesthésie,...), il s'agit de la classification commune des actes médicaux (CCAM),
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM),
- pour les biens médicaux (appareillage,...) hors Médicaments, il s'agit de la liste des produits et prestations (LPP) ;
- pour les soins hospitaliers il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).

Parcours de soins coordonnés :

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et ne pas supporter de pénalités dans leurs remboursements de frais médicaux.

Passage par un Médecin traitant choisi par l'Assuré avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins concerne tous les assurés de l'Assurance Maladie Obligatoire et leurs ayants droit de moins de 16 ans.

La majoration de la participation de l'Assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats dits « responsables ».

Participation forfaitaire d'1 € :

Contribution prélevée par le Régime Obligatoire sur ses remboursements (Article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

Elle concerne les remboursements effectués au titre des actes médicaux réalisés par les médecins, à l'exclusion des actes réalisés au cours d'une Hospitalisation et des actes de biologie et d'Imagerie médicale au profit des assurés sociaux, hormis les consultations des mineurs, des titulaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'Aide Médicale de l'État, à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse pour les femmes enceintes et jusqu'au 12ème jour suivant la date de l'accouchement (hors actes médicaux réalisés dans le cadre des examens obligatoires).

La Participation forfaitaire d'1€ n'est pas remboursée par l'Assureur.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale :

Plafond calculé mensuellement à partir du plafond de la Sécurité sociale de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert à la détermination des tranches de cotisations sociales. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.

Prestation :

Montant remboursé à un Bénéficiaire par l'Assureur en application des Garanties et conditions prévues au Contrat conformément aux dispositions de la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons.

Prestation d'adaptation visuelle :

Lors du renouvellement d'une ordonnance médicale de verres correcteurs par un professionnel de santé autorisé, un examen de la vue peut être réalisé et facturé par ce dernier afin d'actualiser l'ordonnance.

Prestation d'appairage d'appareillage :

Dans les cas où un patient a besoin d'un équipement optique avec deux types de verres différents (indices de réfraction différents), une Prestation d'appairage de verres peut être nécessaire dans un but esthétique et d'équilibrage de la monture. Cette prestation spécifique pourra alors être facturée par le professionnel de santé. Lorsqu'elle concerne l'achat de verres de Classe A, cette prestation est intégrée dans le Dispositif dit « 100% Santé ».

Prix limite de vente (P.L.V.) :

Le Prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un Prix limite de vente, le prix est libre.

La Base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par le Régime Obligatoire est assortie d'un Prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « Équipements 100% Santé » ont des Prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les Bénéficiaires puissent bénéficier d'un Reste à charge nul sur ces équipements.

Régime :

Ensemble des dispositions relatives au Contrat frais de santé des salariés de l'Entreprise souscriptrice tel que défini dans l'Acte de mise en place du Régime.

Régime Obligatoire (RO) :

Le Régime français d'Assurance Maladie dont dépend le Bénéficiaire à travers la reconnaissance par un organisme dit de Sécurité sociale, y compris le régime local Alsace-Moselle.

On entend par « régime local », tout régime spécifique, obligatoire et complémentaire, le régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, régi par le Code de la Sécurité sociale, géré par des représentants des salariés et des représentants des employeurs, est destiné à couvrir les salariés travaillant en Alsace-Moselle, les chômeurs, les retraités sous condition de durée de cotisation durant leur carrière ainsi que leurs ayants droit.

Reste à charge :

Part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement du Régime Obligatoire et de sa complémentaire santé.

Après intervention du Régime Obligatoire, le Reste à charge est constitué :

- du Ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par le Régime Obligatoire),
- de l'éventuelle Franchise médicale ou participation forfaitaire,
- des éventuels Dépassements d'honoraires ou tarifaires,
- de l'éventuel Forfait journalier hospitalier,
- des frais liés aux soins et prestations non prises en charge par le Régime Obligatoire.

Le Contrat couvre tout ou partie du Reste à charge, selon les Garanties souscrites.

Secteur conventionné :

Ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le Régime Obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés.

Secteur non conventionné :

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le Régime Obligatoire et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par le Régime Obligatoire est alors effectué sur une base minorée.

Service médical rendu (S.M.R.) :

Critère utilisé en santé publique pour classer les Médicaments en fonction de l'efficacité et l'utilité des Médicaments (majeur/important, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par le Régime Obligatoire.

Terme échu :

Délai au terme duquel le règlement est effectué.

Ticket modérateur (TM) :

Différence entre la Base de remboursement et le montant remboursé par le Régime Obligatoire (avant application sur celui-ci de la Participation forfaitaire d'1€ ou de la Franchise qui ne sont pas remboursées par l'Assureur).

Le montant du Ticket modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés au Bénéficiaire dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).

Tiers payant :

Ce système de paiement évite aux Bénéficiaires de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le Régime Obligatoire et/ou l'Assureur pour les soins ou produits.

Un pharmacien peut ne pas pratiquer le Tiers payant en cas de refus de l'usage de Médicaments génériques.

L'Assureur propose également un service de Tiers payant pour la part qu'il rembourse. C'est aux professionnels de

santé de décider s'ils proposent ou non le service du Tiers payant pour la part complémentaire. Dans le cas où le professionnel de santé consulté ne souhaite pas proposer ce service, le Bénéficiaire ne peut pas en bénéficier.

PARTIE 1/ LE CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT

ARTICLE 1.1 : OBJET DU CONTRAT

Le Contrat collectif à adhésion obligatoire a pour objet la mise en œuvre du Régime frais de santé tel que prévu dans l'Acte de mise en place du Régime pour les risques MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITÉ souscrit auprès de l'Assureur.

Ce Contrat garantit les membres du personnel de l'Entreprise souscriptrice et leurs Ayants droit (articles 3.1 et 3.2 des présentes Conditions générales), tels que définis dans l'Acte de mise en place du Régime ou ancien salarié bénéficiant du dispositif de portabilité (article 3.2.1 des présentes Conditions générales).

Ces Garanties ont pour objet le remboursement, dans la limite des frais engagés par le Bénéficiaire, de tout ou partie des dépenses occasionnées par suite de Maladie, de maternité ou d'Accident et ayant donné lieu à une prise en charge des dépenses par le Régime Obligatoire.

L'Assureur peut également rembourser des actes non remboursés par le Régime Obligatoire s'ils sont expressément prévus dans la Tableau des Garanties du Contrat.

Le périmètre de mutualisation est constitué de l'ensemble des entreprises relevant de la Convention collective nationale de la production et de la transformation des papiers cartons du 29 janvier 2021, ayant souscrit aux présentes Conditions générales, à des conditions tarifaires et de garanties communes.

ARTICLE 1.2 : CADRE JURIDIQUE

1.2.1 Règlementation applicable

Le Contrat relève des branches 1 et 2 (Accidents - Maladie) de l'article R. 321-1 du Code des assurances.

Ce Contrat collectif frais de santé à adhésion obligatoire est régi par le Code des assurances. Il est constitué par les présentes Conditions générales, le bulletin de souscription de l'entreprise qui viennent notamment préciser la date d'effet du Contrat, les garanties et les cotisations correspondantes et le certificat de souscription qui confirment la prise en compte de la souscription par l'Assureur.

Le régime est mis en place dans l'Entreprise souscriptrice conformément aux dispositions de l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale par convention ou accord collectif, par projet d'accord soumis au vote de la majorité du personnel ou par décision unilatérale de l'employeur constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque salarié.

À ce titre, il répond aux dispositions relatives aux contrats dits « solidaires » et « responsables » de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale ainsi qu'aux obligations prévues par l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale et leurs textes d'application.

1.2.2 Contrat solidaire et responsable – Couverture minimale

Les Garanties définies par le Contrat sont prises en charge conformément aux dispositions relatives aux Contrats dits "responsables" telles que définies à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et à la couverture minimale prévue à l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que par leurs textes d'application.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués au tableau des Garanties peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima ou les maxima prévus dans le cadre du contrat responsable (article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application).

Ainsi, l'Assureur prend obligatoirement en charge :

- le Ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé, à l'exception des frais de cures thermales, des Médicaments remboursés dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré et de l'homéopathie,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée. **Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médico-sociaux tels que les maisons**

d'accueil spécialisées (MAS) ou encore les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), ni les frais de cure thermale,

- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance ou avec un Médicament dont le Ticket modérateur est obligatoirement pris en charge,
- le ticket modérateur de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique.
- les soins dentaires y compris les soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dento-faciale ne faisant pas partie du Dispositif « 100% santé », pris en charge par le Régime Obligatoire, dans le respect des planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation,
- les équipements d'optique médicale ne faisant pas partie du Dispositif « 100% santé », pris en charge par le Régime Obligatoire, dans le respect des planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement,
- les frais d'acquisition des aides auditives ne faisant pas partie du Dispositif « 100% santé », pris en charge par le Régime Obligatoire, dans le respect des plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement,
- la prise en charge des prestations du Dispositif « 100% santé » dans les conditions précisées ci-après.

Les actes de prévention pris en charge par le Régime Obligatoire sont remboursés au minimum à hauteur du Ticket modérateur augmenté, le cas échéant, du montant de prise en charge prévu aux postes de remboursement auxquels ils se rattachent tel que figurant dans vos garanties.

Conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, l'Assureur permet à l'Assuré et à ses Ayants droit de bénéficier du tiers payant (dispense d'avance de frais) sur toutes les Garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats dits « responsables » et selon les dispositions des conventions passées avec les professionnels de santé.

- au moins à hauteur des Tarifs de responsabilité,
- à hauteur des frais exposés par le Bénéficiaire en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des Prix limites de vente pour les produits et prestations d'optique et d'audiologie relevant du panier 100 % Santé,
- à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par le Bénéficiaire en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des Honoraires limites de facturation relevant du panier 100 % Santé.

En particulier, sont exclus de la prise en charge :

- la majoration du Ticket modérateur en cas de non-respect du Parcours de soins coordonnés (absence de désignation du Médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du Médecin traitant),
- les Dépassements d'honoraires sur les Actes techniques médicaux et cliniques lorsque le Bénéficiaire ne respecte pas le Parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,
- la Participation forfaitaire d'1€ sur toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, sur les examens radiologiques ou sur les analyses, mentionnées à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale,
- la Franchise médicale appliquée sur les Médicaments délivrés hors hospitalisation, les actes d'auxiliaires médicaux en ville ou en établissement ou centre de santé (hors hospitalisation) et le transport sanitaire à l'exception des transports d'urgence.

Dès lors que le Contrat frais de santé prévoit une prise en charge au-delà du Ticket modérateur, l'Assureur plafonne le montant de ses remboursements concernant les dépassements d'honoraires pris par les professionnels de santé n'ayant pas adhéré à l'un des Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées. Toute modification législative ou réglementaire ultérieure concernant le caractère solidaire et responsable du Contrat sera automatiquement intégrée au Contrat pour prendre effet à la date où elle doit s'appliquer.

Par "solidaire" on entend, un contrat dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'Assuré.

1.2.3 – Recommandation de l'Assureur par les partenaires sociaux de la Branche

Le Contrat s'inscrit dans le cadre de la recommandation de l'Assureur prévue par l'Accord du 6 octobre 2022 de la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons à l'issue d'une procédure de mise en concurrence conforme aux dispositions de l'article L. 912-1, II du Code de la Sécurité sociale. Cette recommandation prend effet au 1er janvier 2023 pour une durée de cinq (5) ans à l'issue de laquelle les partenaires sociaux de la Branche procéderont à un réexamen des modalités d'organisation de la mutualisation des risques couverts par le Régime.

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 I du Code de la Sécurité sociale, l'Assureur adresse annuellement au ministre chargé de la Sécurité sociale un rapport sur la mise en œuvre du Régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre, dont le contenu est précisé par décret.

- Degré élevé de solidarité - Action sociale

Conformément à l'Accord, le Régime finance des actions matérialisant son degré élevé de solidarité à travers la constitution d'un fonds désigné « Fonds Paritaire Frais de Santé » (FPFS) alimenté par l'affectation de 2 % des cotisations collectées (Garanties obligatoires), tel que défini par l'article R. 912-1 du Code de la Sécurité sociale.

Ces actions seront définies conformément aux dispositions des articles R. 912-1 et 2 du Code de la Sécurité sociale par les partenaires sociaux réunis en Commission Paritaire de Contrôle et de Gestion de la Convention Collective, dans la limite du budget fixé ci-dessus, dans un Règlement spécifique.

Les partenaires sociaux de la Branche pourront prévoir une prise en charge :

- Totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis selon les critères en vigueur,
- D'actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé,
- De prestations d'actions sociales.

En fonction des décisions prises par la Commission Paritaire de Contrôle et de Gestion, un avenant au Contrat sera établi.

ARTICLE 1.3 : ÉTABLISSEMENT DES COMPTES ANNUELS

Conformément aux dispositions de l'article 15 la loi n° 89-1009 dite « Loi Évin », un rapport sur les comptes de l'ensemble des Contrats souscrits sur la base des présentes Conditions générales est établi chaque année. Ce Rapport sera adressé aux partenaires sociaux de la Branche au plus tard le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré.

Il répondra aux exigences de l'arrêté du 6 mai 2020 « précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire des informations relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ».

ARTICLE 1.4 : CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est :

**L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 PLACE DE BUDAPEST - CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09**

ARTICLE 1.5 : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Dans le cadre de la réglementation LCB-FT (Lutte contre le Blanchiment des Capitaux et le Financement du Terrorisme), l'Assureur est tenu à diverses obligations de vigilance spécifique.

À ce titre :

- l'entreprise souscriptrice s'engage à fournir à la première demande toute information et/ou toute pièce justificative qui serait nécessaire au respect par l'Assureur de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;
- pour la mise en œuvre de leur couverture, les Assurés et, le cas échéant, leurs ayants droit doivent communiquer toute information et/ou pièce justificative qui serait nécessaire au respect par l'Assureur de ses obligations au regard de la réglementation LCB-FT ;

- en concluant des conventions de tiers payant, les professionnels de santé s'engagent à communiquer toute information et/ou pièce justificative nécessaire.

ARTICLE 1.6 : UTILISATION MARQUE ET LOGO

L'Entreprise souscriptrice autorise expressément, de façon non exclusive, à titre gratuit et pour la durée du présent Contrat, l'Assureur à représenter et à reproduire sur les documents contractuels ainsi que sur tout autre document nécessaire à la mise en œuvre du présent Contrat ses marques, logos et dénomination sociale.

Il en est de même dans le cadre de toute opération publicitaire, tout communiqué de presse ou sur tout support diffusé au public.

ARTICLE 1.7: PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles :

- PRODIGÉO Assurances est responsable des traitements qu'elle réalise sur les données personnelles des salariés de l'entreprise souscriptrice et de leurs ayants droit pour l'exécution du présent contrat,
- et l'entreprise souscriptrice reste responsable des traitements qu'elle réalise sur les données de ses salariés en sa qualité d'employeur. Dans ce cadre, l'entreprise souscriptrice est responsable des obligations qui lui incombent en qualité de responsable de traitement.

Pour l'exécution du contrat, PRODIGÉO Assurances est susceptible de collecter et de traiter les données suivantes des salariés affiliés et de leurs éventuels ayants droit: informations personnelles, données de contact, données d'identification, NIR (dans les cas autorisés par la loi uniquement), données de vie privée, données de leurs bénéficiaires, données professionnelles, données économiques et financières, données opérationnelles liées au contrat, données de santé ou autres données particulières (dans les cas autorisés par la loi uniquement), données de transaction. Ces données ainsi collectées ont vocation à être traitées par PRODIGÉO Assurances à des fins de :

(i) souscription, gestion et exécution du contrat,

(ii) réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de ses collaborateurs, preuve de la conclusion des contrats le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction des situations (score d'appétence), prospection commerciale par courrier postal, par téléphone, ainsi que par email, SMS et MMS pour des produits ou services analogues à ceux déjà souscrits, par les entités du Groupe PRO BTP, sauf opposition des salariés à tout moment, évaluation des risques, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, prévention et lutte contre la fraude à l'assurance, gestion des réclamations, recouvrements et contentieux, et ce, dans le cadre des intérêts légitimes et des obligations légales de PRODIGÉO Assurances,

(iii) et avec l'accord des salariés de l'entreprise souscriptrice , aux fins de prospection commerciale par e-mail, SMS ou MMS par les entités du Groupe PRO BTP pour tous produits ou services non analogues à ceux déjà souscrits. Elles sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales. D'une manière générale, elles sont communiquées pour les seules finalités précitées aux services concernés de PRODIGÉO Assurances, ainsi qu'à son sous-traitant l'Association de moyens PRO BTP, et, si nécessaire, à des intermédiaires, réassureurs, prestataires et partenaires. Elles pourront, le cas échéant, être transmises aux autorités administratives ou judiciaires.

Certaines des données traitées peuvent être transférées à des prestataires situés en dehors de l'Union européenne, notamment aux fins d'assurer la maintenance et les opérations d'hébergement des données dans le respect de la réglementation applicable.

Au titre de la sécurité et de la confidentialité des données à caractère personnel, PRODIGÉO Assurances déploie les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour :

- (i) garder les données personnelles strictement confidentielles,
- (ii) assurer la sécurité des données personnelles au sein de son système d'information.

L'entreprise souscriptrice informe ses salariés affiliés du fait qu'elle collecte et adresse leurs données personnelles à PRODIGÉO Assurances en tant que tiers destinataire, pour les finalités susmentionnées, et, en tout état de cause, en remettant obligatoirement aux salariés leur(s) Notice(s) d'information.

Dans le cadre de ses relations directes avec les salariés, PRODIGÉO Assurances leur apportera toute information requise en application de la réglementation. Sauf exception liée à l'exécution de la couverture Santé ou aux

obligations légales de PRODIGÉO Assurances, les salariés affiliés sont titulaires des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de leurs données à caractère personnel, ainsi que de limitation ou d'opposition à leur traitement et du droit de donner des directives sur le sort de leurs données après décès. Ces droits et la façon de les exercer leurs sont rappelés dans les bulletins d'affiliation et dans la notice d'information qui leur est remise par l'entreprise souscriptrice. En cas de litige, ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL. PRODIGÉO Assurances est susceptible de collecter des données à caractère personnel relatives à ses interlocuteurs au sein de l'entreprise souscriptrice en charge de la préparation, de la conclusion et du suivi de l'adhésion. Ces données sont collectées par PRODIGÉO Assurances en tant que responsable de traitement, aux fins de gestion et exécution des couvertures collectives. Ce traitement est fondé sur l'intérêt légitime de PRODIGÉO Assurances, celui-ci étant nécessaire à la bonne exécution de la relation contractuelle. Les personnes concernées à ce titre peuvent exercer leurs droits par courrier auprès du service avec lequel ils sont en contact. De son côté, l'entreprise souscriptrice, au même titre que PRODIGÉO Assurances est susceptible de collecter également des données de ses contacts au sein de PRODIGÉO Assurances et s'engage dans les mêmes termes. Profondément engagé en faveur du respect de la vie privée et des droits des personnes, le Groupe PRO BTP s'est doté d'un délégué à la protection des données (DPO) et a mis en place une politique générale de protection des données, accessible depuis la page d'accueil de son site internet probtp.com.

PARTIE 2/ LA VIE DU CONTRAT

ARTICLE 2.1 : ADMISSION D'UNE ENTREPRISE

Est réputée « Entreprise souscriptrice », toute entreprise entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons, ayant sollicité et obtenu son adhésion au Contrat.

Pour rejoindre le Contrat, l'Entreprise souscriptrice doit :

- relever du champ d'application de la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons,
- être immatriculée auprès de l'INSEE et fournir un numéro d'identification national,
- fournir la convention de représentation en France de l'entreprise étrangère ou indiquer la personne morale responsable du paiement des cotisations.

L'Entreprise souscriptrice signe le bulletin de souscription de l'entreprise aux présentes Conditions générales. L'admission au Contrat est constatée par la remise d'un certificat de souscription qui confirme la prise en compte par l'Assureur de la souscription de l'entreprise.

En fonction du calendrier de déploiement de nouvelles technologies en 2023, la souscription au Contrat peut être réalisée de façon dématérialisée. À cet effet, l'Entreprise souscriptrice doit communiquer une adresse de courrier électronique et un numéro de téléphone mobile valides.

Après obtention du consentement de l'Entreprise souscriptrice à poursuivre le processus de souscription sur un support durable autre que le papier, les documents précontractuels et contractuels lui seront adressés par courrier électronique.

Le bulletin de souscription est signé électroniquement.

Durant le processus de souscription au contrat, l'entreprise souscriptrice peut à tout moment demander à revenir à des échanges sur support papier. Dans ce cas, et à compter de la prise en compte de sa demande, l'ensemble des documents et informations répondant à des obligations légales édités postérieurement lui seront adressés sur support papier, sans que soit remise en cause la force probante des documents qui lui auront été communiqués par voie électronique avant prise en compte de sa demande.

L'Entreprise souscriptrice devra joindre au bulletin de souscription :

- une copie certifiée conforme de tout acte ou extrait du registre officiel constatant la dénomination, la forme juridique et le siège social de l'entreprise datant de moins de 3 mois,
- une copie du pouvoir donné par le représentant s'il n'est pas signataire du Contrat,
- la copie d'une pièce d'identité en cours de validité de son représentant ou du signataire, ainsi qu'une délégation de pouvoir habilitant ce dernier à prendre cet engagement au nom de l'Entreprise souscriptrice,
- la liste nominative de tous les membres du personnel à affilier au Contrat, et des anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité,
- la liste des salariés dont le contrat de travail est suspendu en indiquant le motif de la suspension et la période concernée.

L'Entreprise souscriptrice doit transmettre à l'Assureur dans un délai de quinze (15) jours suivant l'adhésion au Contrat les bulletins d'adhésion des salariés ou anciens salariés.

ARTICLE 2.2 : DURÉE DU CONTRAT

Le Contrat signé par l'Assureur et l'Entreprise souscriptrice, prend effet à la date indiquée sur le bulletin de souscription de l'entreprise au Contrat, sous réserve que, signé par l'Entreprise souscriptrice et accompagné des pièces justificatives nécessaires telles que définies à l'article 2.3.2 des présentes Conditions générales, l'Assureur adresse un certificat de souscription.

Le Contrat est conclu pour une première période expirant le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf résiliation du Contrat.

L'Assureur peut dénoncer le Contrat par l'envoi d'une lettre recommandée en respectant **un préavis de deux (2) mois** avant le 31 décembre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi.

L'Entreprise adhérente peut dénoncer le Contrat par l'envoi d'une lettre ou de tout autre moyen prévu légalement en respectant un préavis de deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année en cours (à minuit), le cachet de la poste faisant foi.

À l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première date de souscription du Contrat, l'Entreprise souscriptrice peut, à tout moment dénoncer le Contrat, sans frais ni pénalités, soit par lettre, soit par le biais d'une notification selon les formes prévues légalement.

La dénonciation du Contrat prend effet :

- par défaut, un (1) mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Entreprise souscriptrice,
- ou, sur demande expresse de l'Entreprise souscriptrice, au dernier jour du mois suivant celui au cours duquel l'Assureur a reçu notification de la résiliation.

Le Contrat peut également prendre fin à l'initiative de l'Assureur :

- **en cas de non-paiement des cotisations dues par l'Entreprise souscriptrice au regard de l'article 2.7.5 des présentes Conditions générales, dans le mois qui suit l'accord de l'administrateur judiciaire ou du liquidateur judiciaire, ou à défaut de réponse de sa part dans le mois imparti à cet administrateur ou à ce liquidateur judiciaire pour se prononcer sur le sort du Contrat, en cas de jugement de sauvegarde, redressement ou liquidation judiciaire de l'Entreprise souscriptrice conformément aux procédures légales et réglementaires.**

ARTICLE 2.3 : OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE SOUSCRIPTRICE

2.3.1 Engagement de l'Entreprise souscriptrice

L'Entreprise souscriptrice s'engage :

- à affilier et à maintenir à l'assurance la totalité des membres du personnel selon la réglementation en vigueur et sous réserve des conditions prévues par la Convention Collective, ses avenants et ses accords, applicables à l'Entreprise souscriptrice,
- à remettre aux salariés une notice d'information rédigée par l'Assureur qui définit les Garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, et conserver la trace de cette remise
- à informer par écrit les Assurés et Bénéficiaires des modifications qui pourraient intervenir dans leurs droits et obligations,
- adresser à l'Assureur les pièces justificatives nécessaires et informations énoncées dans les présentes Conditions générales,
- payer les cotisations selon les conditions définies à l'article 2.7.3 des présentes Conditions générales.

Conformément à la réglementation en vigueur, l'Entreprise souscriptrice via son espace personnel sécurisé, peut accéder aux informations et documents la concernant, qui sont conservés par l'Assureur pendant une durée adaptée à leur finalité.

2.3.2 Pièces et renseignements à fournir

Lors de la souscription du Contrat, l'Entreprise souscriptrice doit adresser à l'Assureur :

- une copie du pouvoir donné par le représentant s'il n'est pas signataire,
- une copie certifiée conforme de tout acte ou extrait du registre officiel constatant sa dénomination, sa forme juridique et son siège social datant de moins de trois (3) mois,
- la copie d'une pièce d'identité en cours de validité du signataire du Contrat,
- un état du personnel des catégories à assurer, affiliées au Contrat,
- le bulletin de souscription de l'entreprise dûment complété et signé,
- les bulletins individuels de souscription du personnel à affilier dûment complétés, signés et accompagnés des pièces justificatives nécessaires.

L'Entreprise souscriptrice doit transmettre à l'Assureur dans un délai de quinze (15) jours suivant l'adhésion au Contrat, les bulletins individuels de souscription des salariés et des éventuels anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité.

En cours de Contrat, l'Entreprise souscriptrice s'engage, à :

- communiquer à l'Assureur tout élément susceptible d'entraîner une modification de la nature ou de l'importance des Garanties,
- informer immédiatement l'Assureur :
 - de toute modification d'adresse, de raison sociale ou d'opération juridique (fusion, scission...),
 - ou de l'ouverture d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire à son encontre en communiquant les coordonnées de l'administrateur judiciaire,
- communiquer à l'Assureur dans les quinze (15) jours au plus, suivant la date de suspension ou de cessation du contrat de travail, le nom des Assurés dont le contrat de travail est suspendu/rompu avec indication du motif (licenciement, démission, retraite, décès, congé parental, congé sans solde, arrêt de travail), le cas échéant du versement d'un revenu de remplacement de la part de l'employeur et de la date de cessation du contrat de travail à transmettre les bulletins individuels d'adhésion aux salariés nouvellement embauchés. Ces documents doivent être adressés à l'Assureur dans les quinze (15) jours suivant l'entrée dans les effectifs de l'Entreprise souscriptrice,
- signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des Assurés,
- restituer à l'Assureur les attestations de tiers payant des Assurés et/ou de leurs Ayants droits radiés,
- informer l'Assureur des mouvements du personnel par la transmission dans le cadre de la Déclaration Sociale Nominative (D.S.N.) (licenciement, démission, retraite, décès, congé parental, congé sans solde, arrêt de travail) et le cas échéant, la modification de la situation de famille des Assurés.
- dans le cadre de la DSN, exploiter le CRM (compte rendu métier) et effectuer toutes les modifications nécessaires afin que ces DSN deviennent exploitables,
- transmettre à l'Assureur sauf si ces informations entrent dans le périmètre de la DSN et sont transmises par flux :
 - à chaque fin de trimestre, la déclaration trimestrielle mentionnant le nombre d'Assurés à la fin du trimestre civil correspondant et les mouvements du personnel (licenciement, démission, retraite, décès, congé sans solde, congé parental, arrêt de travail).
 - à chaque fin d'année, la liste nominative du personnel assuré précisant leurs nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice et la base de calcul des cotisations.

L'Assureur ne se trouve engagé que par les déclarations et pièces transmises par l'Entreprise Souscriptrice et sous sa seule responsabilité.

ARTICLE 2.4 : FAUSSE DÉCLARATION

La souscription est établie d'après les déclarations de l'Entreprise souscriptrice et de l'Assuré et la cotisation fixée en conséquence. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration, intentionnelle ou non de la part de l'Entreprise souscriptrice, de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de la souscription ou en cours de souscription, est sanctionnée même si elle a été sans influence sur les prestations délivrées, par une réduction d'indemnisation ou nullité de l'adhésion. De même, toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration de sinistre, expose l'Assuré à une déchéance de garanties et à la résiliation de la souscription.

ARTICLE 2.5 : MODIFICATION DU CONTRAT PAR L'ASSUREUR

Le Contrat (et notamment l'étendue des Garanties et des cotisations) peut faire l'objet, à l'initiative de l'Assureur, d'une révision en cours d'année dans les cas suivants :

- modification des dispositions prévues dans l'Acte de mise en place du Régime,
- modification législative ou réglementaire,
- modification des conditions de remboursement des prestations du Régime Obligatoire,
- une évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs Garanties ou une aggravation du risque de l'ensemble des Contrats souscrits sur la base des présentes Conditions générales.

L'Entreprise souscriptrice est informée de toute modification du Contrat en raison de l'un des quatre (4) motifs précédents. Les nouvelles conditions prennent alors effet à la date d'effet de l'avenant.

Jusqu'à la date d'effet de cette modification ou de cette révision, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au Contrat sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Si l'Entreprise refuse expressément les nouvelles conditions proposées dans le délai de **trente (30) jours à compter de la réception de l'avenant**, elle peut dénoncer le Contrat par l'envoi, soit par lettre, soit par le biais d'une notification selon les formes prévues légalement.

La dénonciation du Contrat prend effet un (1) mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Entreprise souscriptrice.

En cas d'absence de refus de l'Entreprise souscriptrice dans les conditions de forme susvisées et passé ce délai trente (30) jours, il est réputé que l'Entreprise souscriptrice a accepté les nouvelles conditions.

ARTICLE 2.6 : NOTICE D'INFORMATION

La notice d'information, établie par l'Assureur, définit les Garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir à l'occasion de toute demande de Prestations.

Celle-ci sera adressée à l'Entreprise souscriptrice dès la signature du Contrat. Elle sera rectifiée à l'occasion de toute modification du Contrat

Conformément à la réglementation, l'Entreprise souscriptrice est légalement tenue :

- de remettre aux Assurés la notice d'information établie par l'Assureur,
- d'informer par écrit les Assurés des modifications qui sont apportées à leurs droits et obligations.

La preuve de la remise de la notice d'information à l'Assuré et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Entreprise souscriptrice. À ce titre, elle doit en conserver la preuve.

ARTICLE 2.7 : COTISATIONS

2.7.1 Montant des cotisations

Les taux de cotisations sont précisés sur le bulletin de souscription de l'Entreprise souscriptrice. Ils sont exprimés toutes taxes comprises et en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Toute(s) taxe(s) ou contributions légales présente(s) ou future(s) qui viendrait(en)t à s'appliquer au Contrat sera(ont) mise(s) à la charge de l'Entreprise souscriptrice.

2.7.2 Structures de cotisations

Le contrat prévoit une structure de cotisation Isolé/ Adulte/Enfant. La cotisation est déterminée pour chaque adulte et pour chaque enfant à charge composant la famille.

2.7.3 Paiement des cotisations

Cotisations relatives à l'adhésion obligatoire de l'Assuré et de ses Ayants droit :

Les cotisations sont exigibles **trimestriellement à terme échu**, dans les quinze (15) jours suivant la fin du mois civil auquel elles se rapportent. Par exception, sur demande expresse de l'entreprise, la périodicité des cotisations peut être trimestrielle.

Dans tous les cas, la périodicité retenue est obligatoirement la même pour l'ensemble des cotisations dues par l'Entreprise souscriptrice à l'Assureur.

Les cotisations sont précomptées en totalité par l'Entreprise souscriptrice sur le bulletin de salaire des Assurés puis reversées à l'Assureur.

Cotisations relatives à l'adhésion facultative :

- S'agissant des cotisations relatives à l'adhésion facultative des Ayants droit, celles-ci sont **appelées mensuellement par avance et par prélèvement automatique** par l'Assureur directement auprès de l'Assuré pour les cotisations correspondantes à l'adhésion des Ayants droit. Pour cela, l'Assuré devra remplir un mandat de prélèvement SEPA à retourner impérativement avec le bulletin de souscription. Les cotisations relatives à l'adhésion facultative des Ayants droit sont, sauf dispositions contraires, à la charge unique de l'Assuré.
- S'agissant des cotisations relatives à l'adhésion de l'Assuré dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de salaire ou pour une autre cause que la Maladie, l'accident, la maternité ou la paternité (article 5.1 des présentes Conditions générales), celles-ci sont appelées mensuellement par avance et par prélèvement automatique par l'Assureur directement auprès de l'Assuré. Pour cela, l'Assuré devra remplir un mandat de prélèvement SEPA à retourner impérativement avec le bulletin individuel de souscription.
- S'agissant des cotisations relatives à l'adhésion facultative aux options 2 ou 3, celles-ci sont appelées mensuellement par avance et par prélèvement automatique par l'Assureur directement auprès de l'Assuré. Pour cela, l'Assuré devra remplir un mandat de prélèvement SEPA à retourner impérativement avec le bulletin individuel de souscription.

Dans tous les cas, lorsque le Contrat est dénoncé à tout moment, dans les conditions prévues à l'article 2.1 des présentes Conditions générales, l'Entreprise 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.

Le cas échéant, l'Assureur rembourse le solde à l'Entreprise souscriptrice dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

Dans tous les cas de précompte des cotisations, l'Entreprise souscriptrice est seule responsable du paiement des cotisations auprès de l'Assureur.

2.7.4 Indexation

La cotisation annuelle est déterminée à la date d'effet du Contrat et est indexée au 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale. Il est précisé que la cotisation pourra, en outre, faire l'objet d'une révision en fonction des résultats techniques et financiers de l'ensemble des Contrats souscrits sur la base des présentes Conditions générales et des dispositions prévues de la Convention Collective Nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons.

L'Assureur informe l'Entreprise souscriptrice des évolutions apportées aux cotisations. L'Entreprise souscriptrice peut alors, si elle refuse cette révision, dénoncer le Contrat dans les conditions définies à l'article 2.5 des présentes Conditions générales.

2.7.5 Non-paiement des cotisations

Non-paiement par l'Entreprise souscriptrice

A défaut du paiement des cotisations dans les dix (10) jours qui suivent leur échéance de paiement, l'Entreprise souscriptrice est invitée par lettre recommandée adressée par l'Assureur à en acquitter le montant.

Si dans les trente (30) jours qui suivent la notification de la lettre de mise en demeure, les cotisations ne sont pas versées, l'Assureur poursuit le recouvrement par tout moyen de droit et suspend le paiement des Prestations jusqu'à régularisation.

Si dans les dix (10) jours suivant le délai de trente (30) jours, aucun paiement n'est intervenu, **l'Assureur peut résilier le Contrat en adressant à l'Entreprise souscriptrice une mise en demeure sans que la résiliation n'interrompe la poursuite des actions de recouvrement des cotisations impayées ou soit un renoncement de l'Assureur au paiement de sa créance.**

La mise en demeure adressée à l'Entreprise souscriptrice donnera lieu à des majorations de retard à la charge exclusive de l'Entreprise souscriptrice, fixées par l'Assureur et signifiées dans la lettre de mise en demeure. Le Contrat non résilié reprend effet à midi, le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension.

En cas de précompte opéré par l'Entreprise souscriptrice mais non libéré entre les mains de l'Assureur, l'Assureur poursuivra directement par tous moyens auprès de l'Entreprise souscriptrice le remboursement des Prestations effectivement servies aux Bénéficiaires, entre la date des événements ouvrant droit à leur versement et la première des dates suivantes :

- soit la date de la régularisation par l'employeur- Entreprise souscriptrice des précomptes pour l'ensemble de son personnel,
- soit la date choisie par le mandataire judiciaire du maintien des Contrats en cours à l'occasion de l'ouverture d'une procédure collective,
- soit la date du jugement d'ouverture de la liquidation judiciaire.

Non-paiement par l'Assuré

Lorsqu'en application des articles 2.7.3 et 5.1 des présentes Conditions générales, la cotisation est appelée directement auprès de l'Assuré par l'Assureur, son non-paiement peut entraîner l'exclusion des Bénéficiaires du Contrat.

À défaut du paiement des cotisations dans les **dix (10) jours** suivant leur échéance de paiement, l'Assuré est invité par une mise en demeure de l'Assureur à en acquitter le montant et est informé des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la Garantie. Cette mise en demeure s'effectue par lettre recommandée.

Si, dans les **quarante (40) jours** qui suivent la réception de la lettre de mise en demeure, les cotisations ne sont pas versées, **l'Assureur poursuit le recouvrement par tout moyen de droit et peut exclure les Bénéficiaires du Contrat.**

ARTICLE 2.8 : PRESCRIPTION

Conformément à la réglementation, les dispositions suivantes s'appliquent au présent Contrat.

Toutes les actions dérivant des opérations d'assurance régies par le présent Contrat **sont prescrites par deux (2) ans** à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° - que du jour où l'Assureur en a eu connaissance en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire
- 2° - 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 Bénéficiaire contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court. Qu'à partir du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

Passé ce délai, il y a prescription : toute action dérivant du Contrat d'assurance est éteinte.

Le délai de prescription est interrompu :

- soit par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée par l'Assureur au dernier domicile connu de l'Entreprise souscriptrice ou de l'Assuré en ce qui concerne le paiement de la cotisation, ou d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée, par l'Entreprise souscriptrice ou l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement d'une indemnité,
- soit par la désignation de l'expert à la suite d'un sinistre,
- soit par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :
- la reconnaissance par l'Assureur du droit des Bénéficiaires à bénéficier de la Garantie contestée,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (exemple : saisie conservatoire),
- un acte d'exécution forcée (exemples : commandement de payer, saisie),
- l'exercice d'une action en justice y compris en référé, devant une juridiction incompétente ou en cas d'annulation de l'acte de saisine pour vice de procédure.

L'interruption dure alors jusqu'au terme de cette procédure, sauf inaction des parties pendant 2 ans, désistement ou rejet définitif de la demande de celui qui agissait en justice.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au Contrat ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 2.9 : LITIGES

En cas de difficulté relative à l'application du Contrat, l'Entreprise souscriptrice et les Bénéficiaires s'engagent, avant d'avoir recours à une procédure contentieuse, à formuler par écrit leur point de vue et à se rencontrer pour tenter de résoudre le litige à l'amiable.

2.9.1 Informations sur le contrat

Lorsque l'Entreprise souscriptrice ou les Bénéficiaires souhaitent obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application du Contrat, notamment au moment de leur adhésion, ils doivent s'adresser en priorité à leur interlocuteur habituel dans l'Entreprise souscriptrice ou à défaut à l'Assureur.

2.9.2 Réclamations

Si les réponses apportées par l'Assureur ne les satisfont pas, l'Entreprise souscriptrice ou les Bénéficiaires peuvent formuler des observations au sujet du Contrat :

- **Soit par courrier à l'adresse suivante : PRODIGÉO Assurances PLANET'PRO - Réclamations – 93901 BOBIGNY CEDEX 9**
- **Soit par le biais de leur espace client (www.prodigeoassurances.com/reclamation.html).**

Si la réclamation est formulée à l'oral et que le Souscripteur ou les Bénéficiaires n'obtiennent pas entière satisfaction, ils seront invités à la formaliser sur un support écrit auprès du service réclamation.

Le service réclamation accusera réception du courrier dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite sauf si une réponse vous est apportée dans ce délai.

Le service réclamation dispose ensuite d'un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la réclamation écrite pour apporter une réponse au Souscripteur ou aux Bénéficiaires.

Si les réponses apportées ne les satisfont pas, ces derniers disposent d'un recours auprès du Médiateur dont l'adresse est indiquée à l'article 2.9.3 des présentes Conditions générales, sous un délai de deux (2) mois après l'envoi de la première réclamation écrite, que l'Institution ait ou pas répondu.

2.9.3 Médiation

En cas d'échec de la procédure de résolution de litige à l'amiable, l'Entreprise souscriptrice ou les Bénéficiaires peuvent saisir, au plus tard dans un délai d'un (1) an à compter de la réclamation écrite, le médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :

LA MEDIATION DE L'ASSURANCE - TSA 50 110 - 75441 Paris Cedex 09
<http://wwwmediation-assurance.org>

L'entreprise souscriptrice peut préalablement s'adresser par écrit à l'Intercesseur de PRO BTP, à l'adresse suivante :

Intercession PRO BTP 7 rue du regard 75006 Paris

En cas d'échec de ces démarches, l'Entreprise souscriptrice ou les Bénéficiaires conservent l'intégralité de leurs droits à agir en justice.

PARTIE 3/ LES BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT

ARTICLE 3.1 : GROUPE ASSURÉ

Le présent Contrat collectif s'applique de façon obligatoire, à l'ensemble des membres du personnel ou à une catégorie objective du personnel de l'Entreprise souscriptrice et aux éventuels anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité.

Peuvent également être affiliés au Contrat de façon obligatoire ou facultative, les Ayants droit tels que définis à l'article 3.2.2 des présentes Conditions générales, au choix de l'Entreprise souscriptrice sur le bulletin de souscription de l'entreprise.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu tels que définis à l'article 5.1 peuvent également être affiliés au Contrat de façon facultative.

ARTICLE 3.2 : BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

3.2.1 Groupe Assuré : Bénéficiaires à titre obligatoire

Le groupe Assuré est composé des salariés de l'Entreprise souscriptrice. Sous réserve des Dispenses d'affiliation éventuellement prévues dans l'Acte de mise en place du Régime et des dispositions légales ou réglementaires, doivent obligatoirement être affilié au Contrat :

- **l'ensemble du personnel de l'Entreprise souscriptrice appartenant à la catégorie objective** définie au bulletin de souscription de l'Entreprise souscriptrice conformément aux exigences législatives et réglementaires, affilié à un Régime Obligatoire, inscrit à l'effectif de l'Entreprise souscriptrice et dont le contrat de travail est en cours,
- **le salarié dont le contrat de travail est suspendu** quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie soit :
 - d'un maintien total ou partiel de salaire,
 - d'indemnités journalières versées par le Régime Obligatoire,
 - d'indemnités journalières complémentaires (ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) financées au moins en partie par l'Entreprise souscriptrice qu'elles soient versées directement par cette dernière ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
 - d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, au titre notamment d'une mise en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, ou encore en cas de congés rémunérés (notamment : reclassement, mobilité...).
 - les mandataires sociaux titulaires d'un contrat de travail ou, sous réserve d'une décision de l'organe compétent et notifiée par procès-verbal, les mandataires sociaux non titulaires d'un contrat de travail, mais qui, sur le fondement de l'article L. 311-3 du Code de la Sécurité sociale, sont assimilés à des salariés.

Les Garanties sont maintenues au profit des anciens salariés (et le cas échéant leurs Ayants droit) de l'Entreprise souscriptrice, dont les droits à maintien des Garanties au titre de la portabilité ont été ouverts auprès du précédent assureur, sous réserve qu'ils continuent à remplir les conditions définies à l'article 5.2 des présentes Conditions générales pour la période de droits restant à courir et **d'une déclaration préalable faite par l'Entreprise souscriptrice**, sauf dans le cas où l'assureur précédent maintient la couverture jusqu'à expiration des droits au dispositif.

3.2.2 AUTRES BÉNÉFICIAIRES

1 / Contrats de travail suspendus

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien total ou partiel de la rémunération versée par l'Entreprise souscriptrice ou versement d'indemnités journalières financées en tout ou partie par l'Entreprise souscriptrice ou de revenu de remplacement versé par l'Entreprise souscriptrice (notamment congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé sans solde) peuvent être affiliés au Contrat dans les dispositions prévues à l'article 5.1.2 des Conditions générales **et sous réserve du paiement de l'intégralité par l'Assuré de la cotisation correspondante, sans participation financière de l'employeur.**

2/ Les Ayants droits bénéficiaires des Garanties

L'affiliation des Ayants droit des Assurés tels que définis ci-après est, au choix de l'Entreprise souscriptrice :

Obligatoire : dans ce cas, sous réserve des Dispenses d'affiliation prévues dans l'Acte de mise en place du Régime et de toutes dispositions légales ou réglementaires, tous les Ayants droit des Assurés, actuels et futurs (tels que définis à l'article 3.2.2 des présentes Conditions générales), doivent obligatoirement être affiliés au Contrat.

OU

Facultative : dans ce cas, chaque Assuré peut choisir d'affilier ou non ses Ayants droit (tels que définis ci-après au Contrat, selon les dispositions prévues à l'article 4.1 des présentes Conditions générales.

Le choix de l'Entreprise souscriptrice est précisé sur le Contrat de l'entreprise.

Dans tous les cas, les Ayants droit bénéficient des mêmes Garanties que l'Assuré

Sont définis comme Ayants droit :

▪ **Le Conjoint** de l'Assuré qui peut être :

- l'époux ou l'épouse légitime, non divorcé(e) et non séparé(e) de corps judiciairement (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) de l'Assuré, bénéficiant de Prestations, du fait de son affiliation à un quelconque organisme du Régime Obligatoire,
- le partenaire lié à l'Assuré par un pacte civil de solidarité (PACS) au sens des articles 515-1 et suivants du Code civil, bénéficiant de Prestations du fait de son affiliation à un quelconque organisme du Régime Obligatoire,
- le concubin de l'Assuré vivant en couple dans le cadre d'une union de fait au sens de l'article 515-8 du Code civil, bénéficiant de Prestations du fait de son affiliation à un quelconque organisme du Régime Obligatoire, et à condition que le concubin et l'Assuré soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, que le concubinage ait été établi de façon notoire ou matérialisé comme tel depuis plus d'un (1) an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.

La condition de durée d'un (1) an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union et répondent à la définition des enfants à charge.

▪ **les Enfants à charge** qui peuvent être les enfants de l'Assuré ou de son Conjoint :

- à charge au titre du Régime Obligatoire,
- poursuivant leurs études dans un établissement ou organisme reconnu par l'Éducation Nationale et le Ministère du Travail, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un autre régime complémentaire, et ce **jusqu'à la fin de l'année civile de leur 26ème anniversaire**,
- sous contrat en alternance ou d'apprentissage, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un autre régime complémentaire, et ce **jusqu'à la fin de l'année civile de leur 26ème anniversaire**,
- à la recherche d'un premier emploi, pendant **une durée maximale d'un (1) an** de date à date et sur présentation de l'attestation de prise en charge par Pôle Emploi à chaque demande de remboursement, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un autre régime complémentaire, et ce **jusqu'à la fin de l'année civile de leur 26ème anniversaire**,
- quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires, avant leur 21ème anniversaire, de la carte d'invalidé civil ou de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité », prévue par l'article L. 241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles.

ARTICLE 3.3 : FORMALITÉS D’AFFILIATION

Les salariés de l’Entreprise souscriptrice adhèrent obligatoirement au Contrat souscrit par celle-ci.

Pour cela, chaque salarié doit remplir un bulletin individuel d’adhésion qui est remis à l’Entreprise souscriptrice par l’Assureur.

Ce bulletin comporte un certain nombre de renseignements concernant l’Assuré et le cas échéant, les membres de sa famille tels que définis à l’article 3.2.2 des présentes conditions générales.

Le bulletin individuel d’affiliation est complété et signé par l’Assuré accompagné par les pièces justificatives selon sa situation.

Pièces justificatives à l’affiliation :

Ensemble des Bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none">• une photocopie de l’attestation de la carte Vitale délivrée par le Régime Obligatoire
Assuré	<ul style="list-style-type: none">• un Relevé d’Identité Bancaire (RIB) pour le versement des Prestations
Conjoint	<ul style="list-style-type: none">• un certificat de vie commune ou une attestation sur l’honneur de vie commune accompagnée d’un justificatif de domicile commun (attestation du Régime Obligatoire, contrat de bail, facture EDF-GDF etc...) aux deux noms,• s’il est lié par un PACS, une copie de tout document attestant la conclusion d’un PACS délivré par un Officier Public (copie du récépissé d’enregistrement ou des actes de naissance)
Enfants à charge	<ul style="list-style-type: none">• un certificat de scolarité pour chacun des enfants âgés de 18 ans et plus, <u>à renouveler à chaque rentrée scolaire</u>,• une copie de la carte d’invalidité ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » des enfants handicapés,• l’attestation de prise en charge par Pôle emploi

Outre les pièces justificatives demandées ci-avant, l’Assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires.

Le dossier individuel d’affiliation ainsi complété est transmis par l’Entreprise souscriptrice à l’Assureur dans les **quinze (15) jours maximums suivant la date d’effet des Garanties** définies à l’article 4.1.1 des présentes Conditions générales.

ARTICLE 3.4 : CONTRÔLE DES BÉNÉFICIAIRES

À toute époque et **sous peine de déchéance des droits à Garantie** des Bénéficiaires, l’Assureur se réserve le droit de procéder au contrôle de leur état de santé et des Prestations engagées.

Les contrôles médicaux ainsi réalisés par l’Assureur sont effectués par des médecins agréés par lui ou par des médecins choisis sur la liste de la fédération française des associations de médecins conseils experts.

L’Assureur ne verse pas les Prestations au(x) Bénéficiaire(s) :

- lorsque les résultats de ce contrôle n’apportent pas la justification médicale de son état de santé invoqué,
- ou lorsque le Bénéficiaire ne s’est pas présenté le jour de la convocation au contrôle médical du médecin conseil choisi par l’Assureur, ou s’il a refusé de se soumettre à ce contrôle.

À ce titre, l’Assureur suspend le versement des Prestations à compter de la date à laquelle il en informe le Bénéficiaire.

Le Bénéficiaire doit :

- se soumettre à tout examen ou expertise médicale,
- transmettre au médecin expert, toutes les pièces qui pourraient être nécessaires à la gestion ou à l’exécution de son affiliation ou adhésion. Ces documents médicaux doivent être transmis dans une enveloppe spécifique et adressés au médecin expert.

Le Bénéficiaire peut se faire assister lors des opérations d’expertise par le médecin de son choix.

En cas de désaccord entre le médecin du Bénéficiaire et le médecin de l'Assureur, les parties intéressées choisissent un troisième médecin expert pour les départager.

À défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le troisième médecin est désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. L'Assureur et le Bénéficiaire concernés supportent chacun pour moitié l'ensemble des frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise du troisième médecin revêt un caractère obligatoire pour les parties concernées. Conformément à cet avis, l'Assureur peut être amenée à reprendre le versement des prestations relatives aux soins ayant fait l'objet de la procédure d'expertise.

Le refus de se soumettre à toute constatation médicale demandée par l'Assureur entraînera pour le Bénéficiaire la perte de tout droit aux prestations versées, à compter de la date à laquelle l'Assureur informera l'intéressé du constat de son refus.

En fonction des conclusions, l'Assureur pourra ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

PARTIE 4/ LES GARANTIES

ARTICLE 4.1 : EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

4.1.1 – Garanties obligatoires choisies par l'Entreprise souscriptrice

L'Assureur propose plusieurs Niveaux de Garanties de frais de santé définies en Annexe - Tableau des Garanties des présentes Conditions générales :

- Option 1 (Base conventionnelle),
- Option 2,
- Option 3.

L'Entreprise souscriptrice adhère à l'un des niveaux proposés par l'Assureur, en notifiant son choix sur le bulletin de souscription de l'entreprise.

Le Niveau de Garanties choisi par l'Entreprise souscriptrice est obligatoirement applicable à tous les Assurés. Dans tous les cas, les Ayants droit de l'Assuré, affiliés au Contrat, bénéficient des mêmes Garanties que l'Assuré.

1/ Modification du niveau des garanties

L'Entreprise souscriptrice peut demander l'application d'un nouveau Niveau de Garanties supérieur à celui initialement souscrit, à tout moment de la vie du Contrat sous réserve du respect d'un préavis de deux (2) mois.

Dans ce cas, le montant des cotisations sera à nouveau déterminé. Les nouvelles Garanties prendront alors effet au 1er jour du trimestre civil qui suit la fin du préavis.

L'Entreprise souscriptrice peut demander l'application d'un nouveau Niveau de Garanties inférieur à celui initialement choisi, sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- du respect d'un **préavis de deux (2) mois** avant le 31 décembre de l'année en cours,
- du maintien sur le précédent Niveau de Garanties pendant un **délai minimum de douze (12) mois**.

Dans ce cas, le montant des cotisations sera à nouveau déterminé. Les nouvelles Garanties prendront alors effet au 1er janvier de l'année qui suit la demande de l'Entreprise souscriptrice.

Les Ayants droit bénéficient automatiquement du même Niveau de Garanties que l'Assuré.

Après accord exprès de l'Assureur et modification du Contrat, les Assurés seront informés des modifications de Garanties par l'Entreprise souscriptrice via la remise de la Notice d'information modifiée.

2/ Prise d'effet des Garanties

Sous réserve de respecter les formalités d'affiliation visées à l'article 3.3 des présentes Conditions générales et du paiement des cotisations, l'Assuré bénéficie des Garanties frais de santé obligatoirement :

- dès la date d'effet de l'adhésion de l'Entreprise souscriptrice au Contrat s'il est inscrit aux effectifs de l'Entreprise souscriptrice à cette date et répond à la définition du Groupe Assuré visée à l'article 3.2.1 des présentes Conditions générales,
- après la date d'effet du Contrat, dès la date d'entrée du salarié dans l'effectif de l'Entreprise souscriptrice sous réserve de répondre à la définition du Groupe Assuré visée à l'article 3.2.1 des présentes Conditions générales.

Les Garanties sont acquises aux Ayants droit, sous réserve de respecter les formalités d'affiliation visées à l'article 3.3 des présentes Conditions générales et du paiement des cotisations :

- au jour où l'Assuré est lui-même bénéficiaire des Garanties du Contrat et sous réserve de répondre à la définition d'Ayant droit à cette date tel que fixée à l'article 3.2.2 2/,
- le 1er jour du mois civil qui suit la réception par l'Assureur du justificatif de changement de situation de famille (exemples : certificat de mariage, naissance d'un enfant...) pour les membres de la famille défini comme Ayant droit par le Contrat conformément aux dispositions de l'article 3.2.2 .
- si leur affiliation est facultative, au 1er janvier de chaque année sous réserve que l'Assuré adresse sa demande à l'Assureur avant le 31 octobre qui précède ledit 1er janvier, le cachet de la poste faisant foi.

Dans tous les cas, les Garanties prennent effet au plus tôt, à la date indiquée sur le bulletin de souscription de l'Entreprise souscriptrice, reçu par l'Assureur.

3/ Cessation des Garanties

Pour l'Assuré, les Garanties prennent fin :

- à la date de cessation de son contrat de travail, sauf maintien des Garanties prévu aux articles 5.2 et 5.3 des présentes Conditions générales,
- à la date à laquelle il ne remplit plus la définition d'Assuré au sens des présentes Conditions Générales,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assuré,
- en cas de suspension du contrat de travail uniquement pendant cette période sauf en cas de maintien des garanties prévu à l'article 5.1 des présentes Conditions générales,
- en cas de liquidation normale ou anticipée de sa pension de vieillesse due par le Régime Obligatoire, sauf dans le cas d'un cumul emploi-retraite tel que défini à l'article L. 161-22 du Code de la Sécurité sociale,
- à la date d'effet de la résiliation du Contrat collectif obligatoire par l'Entreprise souscriptrice,
- en cas de décès de l'Assuré.

Pour les Ayants droit, les Garanties prennent fin :

- lorsqu'ils ne remplissent plus la définition d'Ayants droit au sens de l'article 3.2.2,
- à la date à laquelle l'Assuré cesse d'être garanti,
- à la date d'effet de la résiliation du Contrat collectif obligatoire par l'Entreprise souscriptrice,
- en cas de non-paiement de la cotisation dans les conditions prévues à l'article 2.7.5 des présentes Conditions générales,
- si leur affiliation est facultative, le 31 décembre de l'année au cours de laquelle la demande de résiliation de leur adhésion est effectuée par l'Assuré, sous réserve qu'elle soit adressée à l'Assureur par lettre recommandée ou par lettre recommandée électronique avec accusé de réception, au plus tard le 31 octobre minuit, le cachet de la poste ou la preuve du dépôt faisant foi.

En cas de cessation des Garanties, l'Assuré et ses Ayants droit s'engagent à ne plus utiliser l'attestation de Tiers payant fournie par l'Assureur. Ils s'engagent également à restituer à l'Assureur ou à ne plus utiliser les attestations de Tiers payant et à avertir les professionnels de santé que leur attestation de Tiers payant n'est plus valable et qu'elle ne doit plus être utilisée.

4.1.2 – Garanties facultatives choisies par l'Assuré

Les Garanties facultatives ont pour objet d'améliorer les prestations versées au titre des Garanties obligatoires prévues ci-avant et sont définies en Annexe - Tableau des Garanties des présentes Conditions générales.

Selon le choix du niveau de Garanties obligatoires retenu par l'Entreprise souscriptrice, l'Assuré peut opter sur son bulletin individuel de souscription soit pour des Garanties :

- Option 2 ou Option 3,
- Option 3.

Dans tous les cas, les Ayants droits de l'Assuré affiliés bénéficient des mêmes Garanties que celui-ci.

1/ Choix des Garanties facultatives

L'Assuré peut effectuer son choix sur son bulletin individuel de souscription :

- dès la date d'effet de l'adhésion de l'Entreprise souscriptrice au Contrat s'il est inscrit aux effectifs de l'Entreprise souscriptrice à cette date et répond à la définition du Groupe Assuré visée à l'article 3.2.1 des présentes Conditions générales,
- dès sa date d'entrée dans l'effectif de l'Entreprise souscriptrice sous réserve de répondre à la définition du Groupe Assuré visée à l'article 3.2.1 des présentes Conditions générales.
- en cas de changement de situation de famille (exemples : mariage, naissance d'un enfant...) pour les membres de la famille défini comme Ayant droit par le Contrat, au sens de l'article 3.2.2,
- au 1er janvier de chaque année sous réserve que l'Assuré adresse sa demande à l'Assureur avant le 31 octobre qui précède ledit 1er janvier, cachet de la poste faisant foi.

En absence de choix formel de l'Assuré, seules les Garanties obligatoires s'appliqueront pour le paiement des Prestations et des cotisations.

2/ Modification des Niveaux des Garanties (Option 2 et Option 3)

Demande de modification du Niveau des Garanties à initiative de l'Assuré :

L'Assuré peut demander l'application d'un Niveau de Garanties facultatives supérieur à celui initialement choisi, à tout moment de la vie du Contrat, sous réserve du respect d'un **préavis de deux (2) mois**.

Dans ce cas, le montant des cotisations sera à nouveau déterminé et les nouvelles Garanties **prendront effet au 1er jour du mois suivant la fin du préavis**.

L'Assuré peut demander l'application d'un Niveau de Garanties facultatif inférieur à celui initialement choisi, au 1er janvier de chaque année sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- du respect d'un préavis de deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année en cours,
- et du maintien sur le précédent Niveau de Garanties pendant un délai minimum de douze (12) mois.

Par dérogation à ce qui précède, l'Assuré peut, en cas de changement de sa situation familiale et sous réserve de produire les justificatifs nécessaires (certificats de mariage, de concubinage notoire, PACS, de naissance, le jugement de divorce, certificat de décès) ou de révision des Garanties obligatoires, modifier à la baisse ses Garanties sans pour autant avoir bénéficié des précédentes Garanties pendant douze (12) mois.

La demande d'application d'un Niveau de Garanties inférieur est irrévocable, c'est-à-dire que l'Assuré ne peut pas demander ultérieurement l'application d'un Niveau de Garanties supérieur, sauf changement de situation de famille ou professionnelle de ses Ayants droit.

Dans ce cas, les nouvelles Garanties s'appliqueront au 1er janvier de l'année qui suit la demande.

Demande de modification à la suite d'une révision des Garanties obligatoires applicables dans l'Entreprise souscriptrice :

L'Assuré sera informé de toute modification des Garanties obligatoires applicables dans l'Entreprise souscriptrice **dans un délai de trois (3) mois** avant la mise en place des nouvelles dispositions par la remise de la Notice d'information modifiée.

Du fait de cette modification, l'Assuré peut dans le mois suivant cette information dénoncer son adhésion ou informer l'Assureur des modifications du Niveau de Garanties facultatives qu'il souhaite se voir appliquer. **Dans ce cas, les Garanties cessent ou la modification du Niveau de Garanties facultatives prend effet à la date d'application de la révision des Garanties obligatoires.**

En l'absence de réponse de l'Assuré, l'Assureur se réserve le droit de résilier les Garanties facultatives.

Jusqu'à la date d'application de la révision des Garanties obligatoires, les engagements de l'Assureur restent identiques à ceux existant précédemment à la réception de l'information.

3/ Entrée en vigueur des Garanties facultatives

Les Garanties facultatives prennent effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante et des dispositions prévues au paragraphe CHOIX DES GARANTIES FACULTATIVES prévu ci-avant :

- à la date d'adhésion de l'Assuré,
- le 1er jour du mois civil qui suit la réception de la demande par l'Assureur, en cas de changement de situation de famille de l'Assuré,
- le 1er janvier qui suit la demande de l'Assuré dans les autres cas.

L'adhésion de l'Assuré aux Garanties facultatives, est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours de laquelle elle a pris effet. Elle est renouvelée chaque année, par tacite reconduction. Si l'Assuré ne souhaite pas la reconduire, il dispose, quelles que soient les dispositions du Contrat, d'un délai de vingt (20) jours suivant l'envoi de l'avis d'échéance, le cachet de la poste faisant foi. La demande doit être adressée à l'Assureur par lettre recommandée.

Les Garanties facultatives s'appliquent à l'Assuré et ses Ayants droit, **étant précisé que les Prestations dues** par l'Assureur sont celles en vigueur à la date des soins.

4/ Cessation des Garanties facultatives

Les garanties cessent pour l'Assuré et ses Ayants droit :

- **en cas de non-paiement de la cotisation afférente aux Garanties facultatives,**
- **à la date d'effet de cessation de l'adhésion de l'Assuré,**

- en cas de cessation des Garanties obligatoires,
- en cas de révision des Garanties obligatoires dans les conditions prévues au paragraphe 2 de l'article 4.1.2 des présentes Conditions générales,
- le 31 décembre qui suit la demande de résiliation de l'adhésion de l'Assuré, adressée à l'Assureur au plus tard le 31 octobre qui précède, par lettre recommandée ou par lettre recommandée électronique, le cachet de la poste ou la preuve du dépôt faisant foi,
- en tout état de cause à la date de résiliation du Contrat.

À l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la date de son adhésion aux Garanties facultatives, l'Assuré peut, à tout moment, dénoncer son adhésion pour lui et ses Ayants droit, en notifiant sa demande sans frais ni pénalités, soit par lettre soit par le biais d'une notification selon les formes prévues légalement. La dénonciation de l'adhésion prend effet un (1) mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Assuré.

La dénonciation de l'adhésion de l'Assuré aux Garanties facultatives entraîne automatiquement la fin des Garanties de ses Ayants droit et est irrévocable, c'est-à-dire que l'Assuré ne peut demander ultérieurement une nouvelle adhésion aux Garanties facultatives, sauf en cas de changement de situation de famille de l'Assuré ou professionnelle, de ses Ayants droit, sous réserve de produire les justificatifs nécessaires.

ARTICLE 4.2 : PRESTATIONS

4.2.1 Conditions de remboursement

Les demandes de remboursement doivent être présentées à l'Assureur, **sous peine de déchéance, dans un délai de deux (2) ans** suivant la date des soins.

Les remboursements sont effectués selon les modalités suivantes :

- soit, sur la Base des remboursements (BR) effectués par le Régime Obligatoire (RO) et/ou du Ticket modérateur (TM),
- soit, sur la base des Frais réels avec application éventuelle d'un maximum de remboursement exprimé en euros,
- ou encore selon un barème de Prestations forfaitaires.

L'Assureur rembourse les Prestations selon les Garanties fixées en Annexe - Tableau des Garanties des présentes Conditions Générales.

En cas de radiation du Bénéficiaire, les frais engagés pour des soins postérieurs à la date de radiation ne sont pas pris en charge par l'Assureur (hors maintien des Garanties).

Plus généralement, l'Assureur ne rembourse pas les frais engagés et déboursés pour des soins :

- antérieurs à la date d'effet du Contrat ou de l'affiliation des Bénéficiaires,
- postérieurs à la date de cessation des garanties. En outre, ne sont pas pris en charge :
 - les frais ne figurant pas à la Nomenclature du Régime Obligatoire, sauf mention contraire indiquée au Tableau des Garanties,
 - les frais n'ouvrant pas droit aux Prestations en nature du régime de base au titre de l'Assurance Maladie ou Maternité, sauf mention contraire indiquée au Tableau des Garanties,
 - en cas d'Hospitalisation ou de cure thermale, les frais annexes et non médicaux, notamment les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les boissons et/ou frais de repas (sans prescription médicale),
 - les interdictions de prises en charge au titre du contrat « responsable ».

La date des soins retenue est celle prise en compte par le Régime Obligatoire ou celle de facturation établie par le professionnel de santé pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire.

Le remboursement est, dans tous les cas, effectué en fonction de la Nomenclature du Régime Obligatoire et conformément à la bonne utilisation de cette Nomenclature.

4.2.2 Pièces à fournir pour le remboursement

Sous réserve que les Garanties soient souscrites, le paiement des Prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Hospitalisation	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Matériel médical	Facture détaillée et acquittée
Aides auditives	Facture détaillée et acquittée accompagnée de la prescription médicale
Optique	<ul style="list-style-type: none">▪ La facture détaillée et acquittée. Elle devra comporter séparément le coût de la monture et des verres, ainsi que le numéro de chaque verre▪ La prescription médicale en cours de validité▪ En cas de renouvellement justifié par l'évolution de la vue, la prescription initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue
Dentaire	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, le nombre, leur codification et le prix de chaque élément
Cure thermique	Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Maternité	Un extrait d'acte de naissance du nouveau-né
Adoption	La copie du jugement l'adoption
Soins remboursés par le Régime Obligatoire et non traités par Noémie	Décompte original du régime Obligatoire complété le cas échéant des pièces ci-dessus
Soins non remboursés par le Régime Obligatoire	<ul style="list-style-type: none">▪ Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité▪ L'ordonnance et le nom du produit
Autres	En cas de décès, une copie de l'extrait d'acte de décès

L'Assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'elle jugerait nécessaire.

Pour les professionnels de santé équipés d'un système SESAM - VITALE, les feuilles de soins électroniques sont directement transmises au Régime Obligatoire.

Dans les autres cas, le Bénéficiaire doit adresser la feuille de soins à son organisme du Régime Obligatoire. L'Assureur a conclu des accords d'échange de données informatiques avec les caisses d'Assurance Maladie.

Grâce au système NOEMIE (Norme Ouverte d'Echanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs), l'Assureur reçoit directement par télétransmission de la caisse d'assurance maladie les informations contenues sur les décomptes. Un message figurant sur le décompte du Régime Obligatoire du Bénéficiaire, l'informe de la mise en œuvre de la télétransmission.

Si ce message ne concerne pas l'ensemble des actes figurant sur le décompte du Régime Obligatoire ou si ce message n'apparaît pas, le Bénéficiaire doit adresser à l'Assureur, son décompte du Régime Obligatoire.

Ces documents doivent être adressés à l'Assureur, en même temps que la feuille de soins doit être adressée au centre du Régime Obligatoire.

ARTICLE 4.3 : SUBROGATION

L'Assureur est subrogé de plein droit au salarié affilié et/ou à ses ayants droit victime(s) d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette Subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que PRODIGÉO Assurances a exposées, et dans les conditions et limites légales.

ARTICLE 4.4 : ÉTENDUE TERRITORIALE

La Garantie s'applique aux frais exposés en France, Suisse, au sein de l'Union européenne ou de l'Espace Économique Européen, ou dans un pays ayant signé une convention avec la France.

Dans le cas d'une Maladie survenue dans un pays ayant signé une convention avec la France ou la Suisse ou un pays de l'Union européenne ou l'Espace Économique Européen, les dépenses engagées par les Bénéficiaires sont prises en charge par la caisse étrangère, sans que leur montant ne puisse excéder celui qui aurait été alloué en France par le Régime Obligatoire.

Les Garanties complémentaires attachées au présent Contrat sont alors accordées sur la base des taux de remboursement du Régime Obligatoire français.

Dans le cas d'une Maladie survenue dans un pays non lié par une convention bilatérale de Sécurité sociale avec la France, les caisses françaises procèdent au remboursement des soins dans les conditions prévues à l'article R. 160-4 du Code de la Sécurité sociale. Les Garanties complémentaires attachées au présent Contrat sont accordées dès lors que le Régime Obligatoire admet la prise en charge des frais de santé.

ARTICLE 4.5 : ASSURANCES CUMULATIVES

Si les risques couverts par le présent Contrat sont ou viennent à faire l'objet d'autres prises en charges par une couvertures d'assurances santé, l'Assuré ou ses Ayants droit doivent en faire la déclaration à l'Assureur lors de l'affiliation et pendant toute la durée de celle-ci.

Les Garanties de même nature produisent leurs effets dans la limite de chaque Garantie, quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, l'Assuré ou ses Ayants droit peuvent obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de leur choix.

Le cumul des remboursements de l'Assureur, du Régime Obligatoire et de tout autre organisme ne peut excéder le montant des frais réellement engagés par l'Assuré ou ses Ayants droit tels que définis au Contrat, ni les plafonds fixés pour les contrats responsables.

L'Assureur se réserve la faculté de demander la justification de ces frais. Il peut également demander la communication des règlements effectués pour les mêmes dépenses par tout autre contrat d'assurance santé dont bénéficieraient les intéressés.

PARTIE 5/ LES MAINTIENS DE GARANTIES

ARTICLE 5.1 : SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

5.1.1 Maintien obligatoire des Garanties

Les Garanties sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail de l'Assuré, si celui-ci bénéficie soit :

- d'un maintien total ou partiel de salaire,
- d'indemnités journalières (ou rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le Régime Obligatoire,
- d'indemnités journalières complémentaires (ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) financées au moins en partie par le Souscripteur qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, au titre notamment d'une mise en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, ou encore en cas de congés rémunérés (notamment : reclassement, mobilité...).

Le maintien est assuré exclusivement pour la durée de cette suspension du contrat de travail de l'Assuré, dans les mêmes conditions que celles appliquées aux salariés en activité effective.

La Garantie cesse pour chaque Assuré et ses Ayants droit :

- **si la cotisation les concernant n'est plus réglée,**
- **s'ils ne figurent plus sur le bordereau trimestriel fourni par l'Entreprise souscriptrice,**
- **à la date à laquelle l'Assuré cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assuré visée au Contrat,**
- **à la date de rupture du contrat de travail de l'Assuré, quel qu'en soit le motif,**
- **le jour de la liquidation normale ou anticipée de la pension d'Assurance Vieillesse du salarié d'un Régime Obligatoire quel qu'en soit le motif,**
- **au jour de la résiliation du présent Contrat. Dès que le Contrat est résilié, il ne peut être maintenu dans ses effets à titre individuel,**
- **à la date à laquelle le salarié cesse d'être couvert par le Contrat collectif à adhésion obligatoire,**
- **en cas de décès de l'Assuré,**
- **et en tout état de cause, dans les conditions prévues aux présentes Conditions générales.**

5.1.2 Maintien facultatif des Garanties en cas de suspension du contrat de travail de l'Assuré sans indemnisation

En cas de suspension du contrat de travail de l'Assuré en dehors des cas cités à l'article 5.1.1 des Conditions générales, l'Assureur propose un système de maintien facultatif de la Garantie souscrite à titre individuel et moyennant le paiement de la cotisation correspondante par l'Assuré.

Sous réserve d'en faire la demande auprès de l'Assureur **dans le mois qui suit la suspension du contrat de travail**, le salarié bénéficie des mêmes Garanties que celles dont il était bénéficiaire au sein de l'entreprise.

Pour cela l'Assuré doit retourner à l'Assureur, le bulletin individuel d'adhésion prévu à cet effet, accompagné des justificatifs nécessaires.

La cotisation est intégralement à sa charge et calculée sur la base du tarif des actifs. Elle est alors appelée par l'Assureur, mensuellement par avance et par prélèvement automatique directement auprès de l'Assuré.

Si la suspension du contrat de travail intervient **en cours de vie du Contrat**, le salarié devra, pour bénéficier des mêmes Garanties que celles dont il était bénéficiaire au sein de l'entreprise dans le cadre du présent Contrat, retourner à l'Assureur le bulletin individuel d'adhésion prévu à cet effet, accompagné des justificatifs nécessaires, **dans le mois qui suit la suspension du contrat de travail**.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu à la date d'effet du Contrat et qui appartiennent à la catégorie de personnel assuré peuvent également bénéficier des Garanties du Contrat, dans les conditions énoncées ci-avant, **sous réserve qu'ils aient été portés à la connaissance de l'Assureur préalablement à la souscription** du Contrat et que leur bulletin individuel d'adhésion dûment complété et signé ait été transmis préalablement à l'Assureur **dans le mois qui suit la date d'effet du Contrat**. Après acceptation de la demande par l'Assureur, les Garanties prendront effet à la même date que le présent Contrat sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

Durée du maintien

Pour chaque Assuré les Garanties sont maintenues à compter de la prise d'effet mentionnée ci-dessus pour une durée égale à celle de la suspension du contrat de travail.

La Garantie cesse pour chaque Assuré et ses Ayants droit :

- à la date de fin de suspension de son contrat de travail et la reprise du travail,
- si la cotisation les concernant n'est plus réglée,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assuré visée au bulletin de souscription de l'entreprise,
- à la date de rupture du contrat de travail de l'Assuré, quel qu'en soit le motif,
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de la pension d'assurance vieillesse d'un Régime Obligatoire de l'Assuré quel qu'en soit le motif,
- à la date de résiliation du présent Contrat dans les conditions prévues aux présentes Conditions générales. Dès que le Contrat est résilié, il ne peut être maintenu dans ses effets à titre individuel,
- le jour du décès de l'Assuré,
- le dernier jour du mois au cours duquel le salarié a demandé la résiliation de son adhésion individuelle soit par lettre soit par le biais d'une notification selon les formes prévues légalement.

Dans le dernier cas susvisé, la résiliation est définitive pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail.

ARTICLE 5.2 : RUPTURE OU FIN DE CONTRAT DE TRAVAIL OUVRANT DROIT À PORTABILITÉ

Les Garanties frais de santé en vigueur dans l'Entreprise souscriptrice sont maintenues, conformément aux dispositions prévues par l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, au profit des anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage.

Tant que le présent Contrat est en cours, bénéficient de la portabilité les anciens salariés justifiants cumulativement :

- de la rupture (hors licenciement pour faute lourde) ou de la fin de leur contrat de travail postérieurement à la date d'effet du Contrat.
- de l'ouverture de leurs droits à couverture chez l'Entreprise souscriptrice avant la rupture ou la fin de leur contrat de travail,
- de l'ouverture de leurs droits à indemnisation par Pôle Emploi. L'ancien salarié devra fournir ce justificatif à l'Assureur. À défaut, aucun remboursement/aucune prestation ne sera dû (e).

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'**Entreprise souscriptrice signale le maintien des Garanties dans le certificat de travail** et informe l'Assureur de la cessation du contrat de travail.

5.2.1 Prise d'effet et durée du maintien

Le dispositif de portabilité entre en application à la date de cessation du contrat de travail sous réserve que le salarié ait fourni le justificatif de sa prise en charge par l'assurance chômage (attestation Pôle Emploi).

L'ancien salarié éligible à la portabilité bénéficie d'une prise en charge pour une durée égale à celle de son 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 et le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, **dans la limite de douze (12) mois et telle qu'elle est explicitée dans le tableau suivant :**

Ancienneté du salarié	Durée de la portabilité
Inférieure à 1 mois	1 mois
1 mois	1 mois
1 mois et 15 jours	2 mois
3 mois	3 mois
Supérieure à 12 mois	12 mois

La suspension temporaire des allocations chômage, par exemple en cas d'arrêt Maladie, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien. En effet, celle-ci n'est pas prolongée de la durée de la suspension.

Les Garanties maintenues sont celles décrites par le Contrat et suivront s'il y a lieu l'évolution des Garanties des salariés actifs de l'Entreprise souscrite.

Pour cela, l'ancien salarié -devra fournir à l'Assureur les justificatifs suivants :

- une copie de la lettre de licenciement pour les anciens salariés en contrat de travail à durée indéterminée ou du contrat de travail pour les anciens salariés en contrat à durée déterminée,
- à chaque indemnisation, une copie de la prise en charge par l'assurance chômage mentionnant la durée d'indemnisation ainsi qu'une copie de l'attestation de paiement de Pôle Emploi, du mois antérieur à la demande de Prestation,
- toute pièce complémentaire demandée par l'Assureur.

Les Ayants droit de l'ancien salarié précédemment couverts au titre du Contrat bénéficient également du maintien des Garanties et ce tant que l'ancien salarié ouvre droit à la portabilité.

5.2.2 Cessation du dispositif de portabilité

Le maintien des Garanties cesse :

- au terme de la période de portabilité (maximum de 12 mois),
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié,
- dès lors que l'ancien salarié perçoit une pension de retraite versée par le Régime Obligatoire,
- en cas de non-renouvellement ou de résiliation du présent Contrat quel qu'en soit le motif,
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ou dès lors que l'ancien salarié ne justifie plus de son indemnisation par Pôle Emploi,
- en cas de décès du l'ancien salarié.

Le maintien des Garanties cesse pour leurs Ayants droit :

- lorsque l'ancien salarié n'ouvre plus droit à la portabilité,
- dès lors que les Ayants droit ne répondent plus à la définition telle que précisée à l'article 3.2.2 des présentes Conditions générales.

L'ancien salarié est tenu d'informer l'Assureur de tout évènement entraînant la fermeture de ses droits ou la modification de ses droits à Pôle Emploi (reprise d'emploi, radiation...).

5.2.3 Financement de la portabilité

Le maintien des Garanties est assuré à titre gratuit pour l'ancien salarié et ses éventuels Ayants droit, c'est à dire qu'aucune cotisation de la part de l'ancien salarié n'est exigée. La portabilité est financée par un mécanisme de mutualisation et est ainsi incluse dans les cotisations versées par l'Entreprise souscrite et les salariés actifs.

5.2.4 Versement des Prestations dans le cadre de la portabilité

Les Prestations frais de santé sont versées dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés en activité.

Le versement de toute Prestation frais de santé est subordonné à la production du justificatif d'ouverture des droits au régime d'assurance chômage.

ARTICLE 5.3 : TITULAIRES D'UNE RENTE D'INCAPACITÉ, D'INVALIDITÉ, D'UNE PENSION DE RETRAITE OU D'UN REVENU DE REMPLACEMENT ; AYANT DROIT D'UN ASSURÉ DÉCÉDÉ.

Les anciens salariés assurés qui se trouvent dans l'une des situations énoncées ci-après, à l'issue de la rupture de leur contrat de travail et éventuellement de la période de portabilité quand elle s'applique, peuvent conserver les Garanties frais de santé prévues par le Contrat, moyennant le paiement des cotisations correspondantes et à condition d'en faire la demande **dans les six (6) mois** qui suivent la fin des Garanties antérieures.

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, ce maintien s'applique :

- à l'ancien salarié, sans condition de durée, bénéficiaire soit :
 - d'une rente d'Incapacité ou d'Invalidité du Régime Obligatoire,
 - d'une pension de retraite servie par un Régime Obligatoire de base d'assurance vieillesse,
 - d'un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi.
- aux Ayants droit du salarié décédé qui bénéficiaient déjà du Contrat, pendant une durée de douze (12) mois à compter du décès de celui-ci, sous réserve d'en faire la demande dans les six (6) mois suivant le décès.

Les tarifs applicables tiendront compte de la réglementation en vigueur à la date d'effet du maintien.

L'Entreprise souscriptrice s'engage à communiquer à l'Assureur toute rupture du contrat de travail ou décès d'un salarié, **dans les quinze (15) jours** suivant cet événement ainsi que, le nom des salariés assurés dont le contrat de travail a été rompu avec indication du motif et de la date de cessation du contrat de travail.

ANNEXE - TABLEAUX DE GARANTIES

GARANTIES SANTÉ 2023

Production et transformation des papiers et cartons
IDCC 3238

Remboursement total dans la limite des Frais réels
Remboursement Sécurité sociale inclus (si non précisé)

		Option 1 (Base conventionnelle)	Option 2	Option 3	
SOINS COURANTS	Honoraires médicaux	Consultation - visites : Généralistes (signataires DPTM *)	100% BR	100% BR	100% BR
		Consultation - visites : Généralistes (non signataires DPTM *)	100% BR	100% BR	100% BR
		Consultation - visites : Spécialistes signataires (signataires DPTM *)	220% BR	220% BR	220% BR
		Consultation - visites : Spécialistes (non signataires DPTM *)	200% BR	200% BR	200% BR
		Soins Externes			
		Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) (signataires DPTM*)	170% BR	170% BR	170% BR
		Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) (non signataires DPTM*)	150% BR	150% BR	150% BR
		Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) (signataires DPTM*)	150% BR	160% BR	170% BR
	Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) (non signataires DPTM*)	130% BR	140% BR	150% BR	
	Médicaments remboursés SS	100% BR	100% BR	100% BR	
	Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR	
	Honoraires paramédicaux	Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
		Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR
	Matériel médical	Orthopédie et autres prothèses	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Transport accepté par la SS		100% BR	100% BR	100% BR	
HOSPITALISATION	Frais de séjour ⁽¹⁾	200% BR	200% BR	200% BR	
	Honoraires	Honoraires (signataires DPTM *)	220% BR	250% BR	300% BR
		Actes de chirurgie (ADC)			
		Actes d'anesthésie (ADA)			
		Actes d'obstétrique (ACO)			
		Actes techniques médicaux (ATM)	200% BR	200% BR	200% BR
		Honoraires (non signataires DPTM *)			
		Actes de chirurgie (ADC)			
		Actes d'anesthésie (ADA)			
	Actes d'obstétrique (ACO)				
	Actes techniques médicaux (ATM)				
	Forfait journalier hospitalier ^{(1) (2)}	100% FR	100% FR	100% FR	
	Forfait Patient Urgences ^{(1) (2bis)}	100% FR	100% FR	100% FR	
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR		
Chambre particulière	100% FR	100% FR	100% FR		
Conventionnée jour/nuit (avec nuité)	limité à 2% du PMSS / jour limité à 1% du PMSS / jour	limité à 2,5% du PMSS / jour limité à 1,25% du PMSS / jour	limité à 3% du PMSS / jour limité à 1,5% du PMSS / jour		
Conventionnée de jour (sans nuité)	100% FR	100% FR	100% FR		
Personne accompagnante d'un enfant de moins de 16 ans ⁽¹⁾	100% FR limité à 1,5% PMSS / jour	100% FR limité à 2% PMSS / jour	100% FR limité à 3% PMSS / jour		

		Option 1 (Base conventionnelle)				Option 2		Option 3			
OPTIQUE <small>Conditions de renouvellement et de définition des classes A et B conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018 et garanties dans les limites fixées par le décret du 12 janvier 2019</small>	Verres et montures (5)	Équipement 100% Santé Classe A (2)		Classe B		Équipement 100% Santé Classe A (2)		Classe B			
	Verres	100% du PLV (***)		Grille optique 1		100% du PLV (***)		Grille optique 3			
	Monture (4)										
	Lentilles prescrites (acceptées)	3% PMSS par an et par bénéficiaire (min 100% BR)				4,5% PMSS par an et par bénéficiaire (min 100% BR)		6,5% PMSS par an et par bénéficiaire (min 100% BR)			
	Lentilles prescrites (refusées, jetables)	3% PMSS par an et par bénéficiaire				4,5% PMSS par an et par bénéficiaire		6,5% PMSS par an et par bénéficiaire			
	Chirurgie réfractive (par œil)	20% PMSS par an et par bénéficiaire				23% PMSS par an et par bénéficiaire		25% PMSS par an et par bénéficiaire			
DENTAIRE	Soins dentaires (6) (7)	100% BR				100% BR		100% BR			
	Orlays/inlays	100% BR (**)				100% BR (**)		100% BR (**)			
	Orthodontie :										
	Remboursée par la SS	300% BR				320% BR		350% BR			
	Non remboursée par la SS	250% BRR				250% BRR		250% BRR			
	Prothèse et soins prothétiques non remboursés (codés ayant une BR) (8)	7% PMSS par an et par bénéficiaire				8% PMSS par an et par bénéficiaire		10% PMSS par an et par bénéficiaire			
	Implantologie (par an et par bénéficiaire) (9)	20% PMSS par an et par bénéficiaire				23% PMSS par an et par bénéficiaire		25% PMSS par an et par bénéficiaire			
	Prothèses dentaires remboursées (10) :	Prothèse 100% Santé Panier 100% (6)	Panier maîtrisé (7)	Panier libre (7)	Panier maîtrisé (7)	Prothèse 100% Santé Panier 100% (6)	Panier maîtrisé et panier libre (7)	Prothèse 100% Santé Panier 100% (6)	Panier maîtrisé et panier libre (7)		
	Remboursées par la SS : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	100% des HLF (***)	250% BR (**)	125% BR	Dans la limite de 900 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà garantie à 125% BR)	100% des HLF (***)	325% BR (**)	Dans la limite de 1050 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà garantie à 125% BR)	100% des HLF (***)	450% BR (**)	Dans la limite de 1450 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà garantie à 125% BR)
	Remboursées par la SS : dents de fond de bouche		220% BR (**)				280% BR (**)			350% BR (**)	
	Inlays-core		150% BR (**)				200% BR (**)			200% BR (**)	
AIDES AUDITIVES	Prothèses auditives (classe 2 max de 1700 € RSS inclus) (11)	Classe 1 (12)		Classe 2	Classe 1 (12)		Classe 2	Classe 1 (12)		Classe 2	
		Équipement 100% Santé 100% du PLV (***)		20% PMSS plus de 20 ans 300 € jusqu'à 20 ans par oreille (Min 100% BR)	Équipement 100% Santé 100% du PLV (***)		20% PMSS plus de 20 ans 300 € jusqu'à 20 ans par oreille (Min 100% BR)	Équipement 100% Santé 100% du PLV (***)		1700 € par oreille	
	Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par la SS	100% BR				100% BR		100% BR			
ACTES DIVERS	Cures thermales acceptées par la SS (13)	100% BR				100% BR		100% BR			
	Patch anti-tabac										
	Contraception	3% PMSS par an et par bénéficiaire				4,5% PMSS par an et par bénéficiaire		5% PMSS par an et par bénéficiaire			
	Vaccins non remboursés										
ACTES DE PRÉVENTION	Médecine non allopathique Ostéopathes, étioopathes, acupuncteurs, homéopathes reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels (14)	30 € par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire				40 € par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire		50 € par séance dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire			
	Tous les actes des contrats responsables	100% BR				100% BR		100% BR			

Notes communes à l'ensemble des options

(1) Sans limitation de durée et non limité en nombre pour le forfait urgences

(2) Prise en charge suivant les conditions définies au 6° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, en application de celui-ci les forfaits journaliers dans les établissements de longue durée, les MAS ou EHPAD sont exclus de la prise en charge

(2bis) Prise en charge suivant les conditions définies de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale

(3) Équipement 100% Santé «Classe A», pris en charge dans les conditions définies par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation. Est également remboursée selon les mêmes conditions, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents, la prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions prévues à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale).

Pour les équipements combinant des verres «100% Santé» et une monture libre, le remboursement des verres se réalise selon les dispositions de l'arrêté du 3 décembre 2018. La prestation d'adaptation visuelle est remboursée à hauteur du ticket modérateur

(4) Dans le respect des minimums prévus par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €

(5) Renouvellement :

- pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge,

- pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement.

- pour les bénéficiaires de moins de 6 ans : après une période minimale de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 (JO n°0288 du 13/12/2018 texte n°13).

(6) Soins et prothèses dentaires relevant du «100% Santé» définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2.

(7) Dispositif dit « Hors 100% Santé » :

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « tarif maîtrisé » ou « libre » sont pris en charge à hauteur des garanties fixées au Tableau des garanties, limitées aux Honoraires limites de facturation (H.L.F) pour le tarif maîtrisé, et sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

8) Sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes. La Base de remboursement correspond à celle retenue par le Régime Obligatoire pour les couronnes remboursées

(9) Les prothèses sur implant sont garanties au titre du poste "Prothèses dentaires".

(10) Pour les prothèses dentaires prises en charge par le Régime Obligatoire, on entend par :

- dents visibles : les incisives, canines et prémolaires, elles portent les numéros 15 à 25 (en haut) et 35 à 45 (en bas),

- dents non-visibles : les molaires et dents de sagesse, elles portent les numéros 16 à 18 et 28 à 26 (en haut), 38 à 36 et 46 à 48 (en bas).

(11) Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil.

(12) Prothèses auditives relevant du «100% Santé» définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

(13) Sous réserve que la cure thermale soit prise en charge par le Régime Obligatoire, le remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas.

Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermale sont prises en charge dans les conditions fixées au Contrat pour chaque acte

(14) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :

- Ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;

- Acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins ;

- Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes auprès du Ministère chargé de la santé ;

- Homéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession ;

Les soins doivent être effectués en France métropolitaine

(*) : DPTM : OPTAM/OPTAM-CO Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique.

Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale,

(**) Dans la limite du contrat responsable pour les montants définis pour le panier maîtrisé

(***) Dans la limite fixée par la réforme 100% santé

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

FR: Frais Réels

NB : la part Sécurité sociale indiquée est celle du régime général (ne concerne pas le régime Alsace-Moselle).

GRILLES OPTIQUE (Sécurité sociale incluse, montants par verre)		Grille Optique 1		Grille Optique 2		Grille Optique 3	
		CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
UNIFOCAUX	sphère de 0 à -/+2	100% FR dans la limite des PLV	35 €	100% FR dans la limite des PLV	75 €	100% FR dans la limite des PLV	90 €
	sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		40 €		75 €		90 €
	sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		50 €		90 €		100 €
	sphère < -8 ou > +8		100 €		125 €		130 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et 5 ≤ 2	100% FR dans la limite des PLV	40 €	100% FR dans la limite des PLV	85 €	100% FR dans la limite des PLV	100 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < 5 ≤ 4		45 €		85 €		100 €
	cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < 5 ≤ 8		55 €		95 €		110 €
	cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < 5		105 €		110 €		120 €
	cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% FR dans la limite des PLV	55 €	100% FR dans la limite des PLV	135 €	100% FR dans la limite des PLV	140 €
	cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		60 €		135 €		140 €
	cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		70 €		140 €		150 €
	cylindre > +4 sphère < -8		120 €		150 €		160 €
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS	sphère de 0 à -/+2	100% FR dans la limite des PLV	75 €	100% FR dans la limite des PLV	160 €	100% FR dans la limite des PLV	180 €
	sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		80 €		160 €		180 €
	sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90 €		175 €		200 €
	sphère < -8 ou > +8		130 €		175 €		200 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et 5 ≤ 2	100% FR dans la limite des PLV	90 €	100% FR dans la limite des PLV	180 €	100% FR dans la limite des PLV	210 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < 5 ≤ 4		95 €		180 €		210 €
	cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < 5 ≤ 8		105 €		190 €		220 €
	cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < 5		145 €		200 €		230 €
	cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% FR dans la limite des PLV	115 €	100% FR dans la limite des PLV	180 €	100% FR dans la limite des PLV	210 €
	cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		120 €		180 €		210 €
	cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		130 €		190 €		220 €
	cylindre > +4 sphère < -8		170 €		200 €		230 €
MONTURES ET AUTRES LPP	Verre neutre (montant par verre)	100% FR dans la limite des PLV	35 €	100% FR dans la limite des PLV	75 €	100% FR dans la limite des PLV	90 €
	Monture (dont supplément pour monture de lunettes à coque, enfant de moins de 6 ans)		100 €		100 €		100 €

sphère = SPH / cylindre = CYL (+) / S = SPH + CYL
 NB : le remboursement de la Sécurité sociale est inclus

