

Annexe 2 – Notice d'information

Au 1er janvier 2023

Notice Frais de santé

Convention collective nationale de la Production et transformation des papiers et cartons

IDCC 3238
Édition 2023



OBJET

La présente notice d'information décrit le Régime de frais de santé, mis en œuvre par le contrat collectif souscrit par votre employeur, tel que prévu par la Convention Collective Nationale pour le personnel de la production et de la transformation des papiers et cartons (IDCC 3238).

Cette notice d'information est établie par PRODIGÉO Assurances. Ce contrat garantit les membres du personnel de l'Entreprise souscriptrice et leurs Ayants droit (articles "les bénéficiaires" de la présente notice), tels que définis dans l'Acte de mise en place du Régime ou ancien salarié bénéficiant du dispositif de portabilité (article 1.1 de la présente notice).

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.

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

La notice d'information est applicable à compter du 1er janvier 2023. Lorsque des modifications seront apportées à vos droits et obligations, vous serez informés par la remise d'une nouvelle notice d'information établie à cet effet. La remise de la notice d'information est effectuée par votre employeur en sa qualité de souscripteur du contrat collectif.

DÉFINITIONS PRÉALABLES

Pour faciliter la lecture, certains termes sont définis ci-après. Ils sont signalés par une majuscule dans les différentes parties de cette notice d'information.

Accident :

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

Actes cliniques :

Consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes, y compris stomatologues et nutritionnistes.

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.

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.

Actes techniques médicaux :

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

Ayant droit :

Personne pouvant bénéficier des Garanties en raison de ses liens familiaux avec vous, selon la définition exposée au 1.3 de la présente notice d'information.

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(s) :

Vous même et éventuellement vos Ayants droit affiliés à titre obligatoire ou facultatif sous réserve du respect des dispositions prévues à la présente notice d'information.

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'astigmatisme, 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. 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.

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 :

- de la présente notice issue des conditions générales du contrat,
- 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 vous et éventuellement vos 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 de votre entreprise.

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 votre charge, 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 vous être facturés 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, que vous avez choisi, est consulté en priorité par vous-même et vous suit tout au long de votre parcours de soins. Il vous oriente, 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 vous oriente pour avis. Il peut également assurer des soins programmés avec le Médecin traitant ou prendre en charge des séquences de soins spécialisés nécessitées par votre état de santé.

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. D'autres peuvent être délivrés par votre pharmacien sans prescription (Médicaments dits à « prescription médicale facultative »). 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'Echanges 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 sages-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'Etat et 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 au calcul des tranches de cotisations sociales. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.

Prestation :

Montant remboursé par l'Assureur à un Bénéficiaire en application des Garanties et des conditions prévues au Contrat.

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. A 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.

Régime Obligatoire (RO) :

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, 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.

LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

1.1 LE SALARIÉ AFFILIÉ

Bénéficiaires à titre obligatoire

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,
- Si vous êtes un salarié dont le contrat de travail est suspendu quelle qu'en soit la cause, dès lors que vous bénéficiez :
 - 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...).
- Si vous avez le statut **de mandataire social, titulaire d'un contrat de travail** ou, sous réserve d'une décision de l'organe compétent et notifiée par procès-verbal, si vous avez le statut de mandataire social non titulaires d'un contrat de travail, mais qui, sur le fondement de l'article L.311-3 du Code de la Sécurité sociale, assimilé à un salarié.

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.

Contrats de travail suspendus

Si votre 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) vous pouvez vous affilier au Contrat dans les dispositions prévues à l'article 5.1 de la présente notice d'information et sous réserve du paiement de l'intégralité par l'Assuré de la cotisation correspondante, sans participation financière de l'employeur.

1.2 L'ANCIEN SALARIÉ

Les Garanties vous sont maintenues (et le cas échéant à vos Ayants droit), si vos droits à maintien de Garanties au titre de la portabilité ont été ouverts auprès du précédent assureur, sous réserve que vous continuez à remplir les conditions définies au 5.2 de la présente notice d'information pour la période de droits restant à courir sauf dans le cas où l'assureur précédent maintient la couverture jusqu'à expiration des droits au dispositif.

1.3 LES AYANTS DROIT

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 "les bénéficiaires" de la présente notice), 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 3.1 de la présente notice.

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 :

- **Votre conjoint qui peut être** :

- Votre époux ou 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, de l'Assuré du fait de son affiliation à un quelconque organisme du Régime Obligatoire,
- Votre partenaire lié 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,
- Votre concubin 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 votre concubin 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 vos enfants ou ceux de votre Conjoint :

- à charge au titre du Régime Obligatoire,
- poursuivant leurs études dans un établissement ou organisme reconnu par l'Education 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.

1.4 CONTRÔLE DES BÉNÉFICIAIRES

A 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 nécessaire de son état de santé,
- 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.

A ce titre, l'Assureur cesse de verser les 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.

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.

A 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.

LES FORMALITÉS D'AFFILIATION

2.1 BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION

Lors de la mise en place du Contrat ou au moment de votre embauche, il est indispensable de remplir **le bulletin individuel d'adhésion** qui vous est remis par votre entreprise.

Les renseignements qui y figurent sont nécessaires à la gestion de vos droits à Prestations et ceux de vos Ayants droit.

Le cas échéant, vous y indiquerez notamment votre choix quant à l'affiliation de vos Ayants droit définis ci-dessus.

Le bulletin individuel d'affiliation sera complété et signé, accompagné par les pièces justificatives selon votre situation.

2.2 PIÈCES À JOINDRE LORS DE VOTRE 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, à renouveler à chaque rentrée scolaire,▪ 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 vous 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 3.1 de la présente notice.

LES GARANTIES

Le Contrat mis en place par votre employeur comprend des Garanties obligatoires et, suivant le niveau choisi par celui-ci, vous pouvez opter pour des Garanties facultatives auxquelles correspondent des montants de cotisation différents.

Vous avez la possibilité d'opter pour des Garanties facultatives au niveau de votre bulletin individuel d'adhésion lesquelles ont pour objet de majorer les Prestations des Garanties obligatoires, en contrepartie d'une cotisation supplémentaire entièrement à votre charge :

- lors de votre affiliation,
- en cas de changement de votre situation de famille (exemples : mariage, naissance d'un enfant...) ou professionnelle de vos Ayants droit sous réserve d'en informer l'Assureur dans les 15 jours,
- dans les autres cas, le 1er janvier de chaque année sous réserve d'adresser votre demande à l'Assureur avant le 31 octobre qui précède ledit 1er janvier, le cachet de la poste faisant foi.

L'étendue des remboursements par poste de soins est détaillée dans l'Annexe - Tableau des Garanties jointe à la présente notice d'information.

Vos Ayants droit éventuellement affiliés au Contrat bénéficient obligatoirement et dans tous les cas des mêmes Garanties que vous.

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

3.1 EFFET ET DUREE DES GARANTIES

3.1.1 Les garanties obligatoires

Votre contrat propose plusieurs Niveaux de Garanties de frais de santé définies en Annexe - Tableau des Garanties de la présente notice :

- 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. .

3.1.2 Cessation des garanties obligatoires

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 de la présente notice.
- à la date à laquelle il ne remplit plus la définition d'Assuré au sens de la présente notice.
- 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 de la présente notice,
- 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 1.3,
- 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 4.2 de la présente notice,
- 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.

3.1.3 Les garanties facultatives (Option 2 ou Option 3)

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 de la présente notice.

Selon le choix du niveau de Garanties obligatoires retenu par l'Entreprise souscriptrice, l'Assuré peut opter sur son bulletin individuel d'adhésion 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.

3.1.4 Choix des garanties facultatives

Vous pouvez effectuer votre choix sur votre bulletin individuel d'adhésion :

- 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 1.1 de la présente notice,
- 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 1.1 de la présente notice.

- 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 1.3,
- 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 votre part, seules les Garanties obligatoires s'appliqueront pour le paiement des Prestations.

3.1.5 Modification des niveaux des garanties facultatives en cours de contrat

▪ **Demande de modification du Niveau des Garanties à votre initiative :**

Vous pouvez 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**.

Vous pouvez demander l'application d'un Niveau de Garanties facultatives 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, le cachet de la poste faisant foi,
- et du maintien sur le précédent Niveau de Garanties pendant **un délai minimum de douze (12) mois**.

Par dérogation à ce qui précède, vous pouvez, en cas de changement de votre situation de famille ou professionnelle de vos Ayants droit, sous réserve de produire les justificatifs nécessaires (mariage, concubinage notoire, PACS, naissance, jugement de divorce, certificat de décès, licenciement, etc.) ou de révision des Garanties obligatoires, modifier à la baisse vos Garanties sans pour autant avoir bénéficié des précédentes Garanties pendant douze (12) mois.

Votre demande d'application d'un Niveau de Garanties inférieur est irrévocable, c'est-à-dire que vous ne pouvez pas demander ultérieurement l'application d'un Niveau de Garanties supérieur, sauf en cas de changement de votre situation de famille ou professionnelle de vos Ayants droit.

Dans tous les cas, le montant des cotisations sera à nouveau déterminé et les nouvelles Garanties s'appliqueront au 1er janvier de l'année qui suit la demande.

▪ **Demande de modification à la suite d'une révision de vos Garanties obligatoires applicables dans l'entreprise souscriptrice :**

Vous serez informé de toute modification des Garanties obligatoires 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, vous pouvez dans le mois suivant cette information dénoncer votre adhésion ou informer l'Assureur des modifications du Niveau de Garanties facultatives que vous souhaitez vous voir appliquer.

Dans ce cas, les Garanties facultatives 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 votre part, l'Assureur se réserve le droit de résilier votre adhésion aux 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.

3.1.6 Entrées en vigueur des garanties facultatives

Les Garanties facultatives prennent effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante et des dispositions prévues aux paragraphes précédents relatifs au choix des garanties facultatives et au changement de niveau de Garanties facultatives en cours de Contrat :

- à la date de votre affiliation au titre des Garanties obligatoires,

- le 1er jour du mois civil qui suit la réception de la demande par l'Assureur, en cas de changement de votre situation de famille ou professionnelle de vos Ayants droit.
- le 1er janvier qui suit votre demande, dans les autres cas.

Votre adhésion aux Garanties facultatives, est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle est renouvelée chaque année, par tacite reconduction.

Si vous ne souhaitez pas la reconduire, vous disposez, 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 vous et vos Ayants droit, **étant précisé que les Prestations dues par l'Assureur sont celles en vigueur à la date des soins.**

3.1.7 Cessation des garanties facultatives

Les Garanties cessent pour vous et vos Ayants droit éventuellement affiliés :

- en cas de non-paiement de la cotisation afférente aux Garanties facultatives,
- à la date d'effet de cessation de votre adhésion,
- en cas de cessation ou de révision de vos Garanties obligatoires (prévues au paragraphe 2 de l'article 3.1.2 de la présente notice),
- le 31 décembre qui suit la demande de résiliation de votre adhésion, 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,
- et en tout état de cause à la date de résiliation du contrat.

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

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

LES COTISATIONS

4.1 MONTANT, MODALITÉS DE CALCUL ET DE VERSEMENT DES COTISATIONS

4.1.1 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 viendrai(en)t à s'appliquer au Contrat sera(ont) mise(s) à la charge de l'Entreprise souscriptrice.

4.1.2 Structure des cotisations

Le Contrat relatif à la présente notice prévoit une structure de cotisation **Isolé / Adulte / Enfant**. La cotisation est déterminée pour chaque adulte et pour chaque enfant composant la famille.

4.1.3 Cotisations relatives aux garanties obligatoires

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.

4.1.4 Cotisations relatives aux garanties facultatives

- S'agissant des cotisations relatives à l'adhésion facultative de vos Ayants droit, celles-ci sont **appelées mensuellement par avance** et par prélèvement automatique par l'Assureur directement auprès de vous. Pour cela, vous devez remplir un mandat de prélèvement SEPA à retourner impérativement avec le bulletin individuel d'adhésion.
- S'agissant des cotisations relatives à votre adhésion aux garanties facultatives (options 2 ou 3), celles-ci sont appelées **mensuellement par avance** et par prélèvement automatique par l'Assureur directement auprès de vous. Pour cela, vous devez remplir un mandat de prélèvement SEPA à retourner impérativement avec le bulletin individuel d'adhésion.
- S'agissant des cotisations relatives à votre adhésion facultative au contrat en cas de suspension de votre contrat de travail sans maintien total ou partiel de salaire ou d'indemnités journalières complémentaires (dans les conditions définies au 5.1 de la présente notice d'information), celles-ci sont appelées **mensuellement par avance** et par prélèvement automatique par l'Assureur directement auprès de vous. Pour cela, vous aurez à remplir un mandat de prélèvement SEPA à retourner impérativement avec le bulletin individuel d'adhésion.

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

4.2 DEFAUT DE 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, indépendamment des sanctions pénales prévues aux articles L.244-1 à L.244-7 du Code de la Sécurité sociale, 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 4.1.3 et 5.1 de la présente notice, la cotisation est appelée directement auprès de l'Assuré par l'Assureur, son non-paiement peut entraîner l'exclusion des Bénéficiaires du Contrat.

A 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.

LES MAINTIENS DE GARANTIES

5.1 SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Maintien obligatoire des Garanties

Vos Garanties sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail de l'Assuré, si vous bénéficiez 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.

Vos Garanties cessent 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,
- et en tout état de cause, dans les conditions prévues dans la présente notice.

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

En cas de suspension de votre contrat de travail en dehors des cas cités à l'article 5.1 de la présente notice, 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 vous devez 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 vous est alors appelée par l'Assureur, mensuellement par avance et par prélèvement automatique directement. Si la suspension du contrat de travail intervient en cours de vie du Contrat, vous devrez, pour bénéficier des mêmes Garanties que celles dont vous étiez 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.

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

La portabilité est un dispositif légal prévu par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, qui permet sous certaines conditions le maintien des Garanties frais de santé en cas de rupture ou de fin du contrat de travail.

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 justifiant 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. A 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.

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 vous ayez fourni le justificatif de votre 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 souscriptrice.

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.

Cessation du dispositif de portabilité

Le maintien des Garanties cesse pour vous :

- au terme de la période de portabilité (maximum de 12 mois),
- à la date de reprise d'une activité professionnelle,
- dès lors que vous percevez 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 vous ne justifiez plus d'une indemnisation par Pôle Emploi,
- en cas de décès,

Le maintien des Garanties cesse pour leurs Ayants droit :

- lorsque vous n'ouvrez plus droit à la portabilité,
- dès lors que les Ayants droit ne répondent plus à la définition telle que précisée à l'article 1.3 de la présente notice,

Vous êtes 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...).

Financement du maintien

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

Versement des Prestations

Les Prestations 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.

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.

LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

6.1 CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Vos 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

Vos 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 de la présente notice d'information.

En cas de radiation du Bénéficiaire, les frais engagés pour des soins postérieurs à la date de radiation ne sont pas pris en considération 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 thermique, les frais annexes et non médicaux : téléphone, télévision, boissons, 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 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

6.2 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, vous ou vos 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, vous ou ses Ayants droit pouvez obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de leur choix.

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.

6.3 JUSTIFICATIFS À JOINDRE AUX DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none">▪ Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Matériel médical	<ul style="list-style-type: none">▪ Facture détaillée et acquittée
Aides auditives	<ul style="list-style-type: none">▪ 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	<ul style="list-style-type: none">▪ Facture acquittée mentionnant les actes effectués, le nombre, leur codifications et le prix de chaque élément
Cure thermale	<ul style="list-style-type: none">▪ Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Maternité	<ul style="list-style-type: none">▪ Un extrait d'acte de naissance du nouveau-né
Adoption	<ul style="list-style-type: none">▪ La copie du jugement l'adoption
Soins remboursés par le Régime Obligatoire et non traités par Noémie	<ul style="list-style-type: none">▪ 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	<ul style="list-style-type: none">▪ 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, vous devez adresser la feuille de soins à votre organisme de Régime Obligatoire.

Grâce au système NOEMIE (Norme Ouverte d'Echanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs), l'Assureur reçoit directement par télétransmission de votre Régime Obligatoire les informations contenues sur les décomptes.

Un message figurant sur votre décompte du Régime Obligatoire vous informe de la mise en œuvre de la télétransmission.

Si ce message ne concerne pas l'ensemble des actes figurant sur votre décompte du Régime Obligatoire ou si ce message n'apparaît pas, vous devez adresser à l'Assureur votre décompte original du Régime Obligatoire.

6.4 ETENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS

La Garantie s'applique aux frais exposés en France, Suisse, au sein de l'Union européenne 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 dans un pays de l'Union européenne**, les dépenses engagées par vous ou vos Ayants droit éventuellement affiliés au Contrat, sont prises en charge par la caisse étrangère, sans que leur montant puisse excéder celui qui aurait été alloué en France par le Régime Obligatoire.

Les Garanties complémentaires attachées au 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 avec la France ou dans un pays de l'Union européenne**, 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 découlant de votre affiliation au Contrat vous sont accordées dès lors que le Régime Obligatoire français admet la prise en charge des frais de santé.

6.5 NATURE « RESPONSABLE ET SOLIDAIRE » DU CONTRAT – COUVERTURE MINIMALE

Les Garanties définies par le Contrat souscrit par votre employeur 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 en Annexe – Tableau des Garanties jointe à la présente notice d'information 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).

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 à la présente notice d'information.

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 vous permet ainsi qu'à vos Ayants droit affiliés de bénéficier du tiers payant (dispense d'avance de frais) au moins à hauteur des Tarifs de responsabilité 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.

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 Maitrisées.

Sont ainsi exclus de la prise en charge par votre Contrat :

- la majoration du Ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (absence de désignation du médecin traitant, consultation d'un médecin spécialiste sans prescription du médecin traitant),
- les Dépassements d'honoraires sur les Actes techniques et cliniques lorsque vous ou vos Ayants droit éventuellement affiliés au Contrat ne respectez pas le parcours de soins coordonnés à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,
- la Participation forfaitaire d'1 € mise à votre charge pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors Hospitalisation) et pour les actes de biologie, ainsi que les Franchises médicales (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.

Toute modification législative ou réglementaire ultérieure concernant le caractère « responsable » du Contrat, sera automatiquement intégrée au Contrat pour prendre effet à la date où elle doit s'appliquer.

De plus, le Contrat est « solidaire », c'est-à-dire que le montant de votre cotisation ne dépend pas de votre état de santé.

6.6 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 de solidarité spécifique 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 Négociation de la Convention Collective, dans la limite du budget fixé ci-dessous, dans un Règlement spécifique.

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

- Totale ou partielle, de la cotisation selon la réglementation en vigueur : à ce titre, sera pris en charge la totalité de la part salariale pour les apprentis :
 - bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois,
 - dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts ;
- d'actions de prévention arrêtées en lien avec les objectifs poursuivis par l'accord du 29 avril 2010 relatif à la sécurité au travail modifié par l'avenant n°1 du 26 avril 2013 et les contrats, études, préconisations qui pourraient être formulés par la commission paritaire de prévention des risques professionnels ;
- d'actions sociales à titre individuel et à titre collectif.

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

PRESCRIPTION

Conformément à la réglementation applicable, toutes les actions dérivant des opérations régies par le Contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance;

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 ou d'une lettre recommandée électronique, adressée par l'Assureur à votre dernier domicile connu en ce qui concerne le paiement de la cotisation, ou adressée par vos soins 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 de votre droit 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 carence des parties pendant deux (2) ans, désistement ou rejet définitif de la demande de celui qui agissait en justice

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, vous ne pouvez, même d'un commun accord avec l'Assureur, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

POINTS DE CONTACT

Pour retrouver toute l'information sur votre complémentaire santé et consulter en ligne vos remboursements : www.prodigeoassurances.com

Pour nous contacter par courrier et envoyer vos factures acquittées hors tiers payant, ou vos décomptes si vous ne pouvez pas bénéficier de la télétransmission NOÉMIE :

PRODIGÉO Assurances - Production Papiers et Cartons - Gestion Particuliers

93901 BOBIGNY CEDEX 9

Pour contacter votre conseiller : 04.92.38.33.52 (Prix d'un appel local)

Accueil téléphonique du lundi au vendredi de 9h à 18h

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.

A 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.

PROTECTION DES DONNÉES 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 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.

RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

PRODIGÉO Assurances 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.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité de contrôle de l'Assureur est : **l'AUTORITÉ DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION (ACPR), situé au 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 09.**

LITIGES

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

INFORMATIONS SUR LE CONTRAT

Si les Bénéficiaires souhaitent obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application du Contrat conclu entre votre employeur et l'Assureur, notamment au moment de leur affiliation, ils peuvent s'adresser en priorité à leur interlocuteur habituel dans l'Entreprise souscriptrice et, à défaut, à l'Assureur.

RÉCLAMATIONS

Si les réponses apportées par l'Assureur ne sont pas satisfaisantes, vous pouvez 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 l'espace client (www.prodigeoassurances.com/reclamation.html).

Si la réclamation est formulée à l'oral et que vous n'obtenez pas entière satisfaction, vous êtes 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 sont pas satisfaisantes, vous disposez d'un recours auprès du Médiateur dont l'adresse est indiquée à l'article "médiation" ci-dessous, sous un délai de deux (2) mois après l'envoi de la première réclamation écrite, que l'Institution ait ou pas répondu.

MÉDIATION

En cas d'échec de la procédure de résolution de litige à l'amiable, vous pouvez 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://www.mediation-assurance.org>

Vous pouvez préalablement vous 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.

SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Vous et vos ayants droit êtes informés que l'adhésion est établie d'après vos déclarations et la cotisation fixée en conséquence. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration, intentionnelle ou non de votre part portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ou en cours d'adhésion, 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, vous expose à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion.

PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES

AIDES AUDITIVES

▪ **Dispositif dit « 100% Santé » (dits de Classe I) :**

Les actes relatifs à l'audiologie remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du **Dispositif « 100% Santé »** sont pris en charge à 100% des frais réels dans la limite des Prix limites de vente (P.L.V.) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

▪ **Dispositif dit « Hors 100% Santé » (dits de Classe II) :**

Les actes relatifs à l'audiologie remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « tarif libre » sont pris en charge à hauteur de la garantie fixée au Tableau des garanties, **dans la limite de 1700 euros par oreille et par bénéficiaire (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).**

Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement par oreille tous les quatre (4) ans à compter de la date d'acquisition. La date d'acquisition s'entend comme la date de dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le Régime Obligatoire, au cours de la période susmentionnée.

CURE THERMALE

La Garantie cure thermale, **sous réserve que la cure thermale soit prise en charge par le Régime Obligatoire**, a pour objet 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.

DENTAIRE

Prothèses dentaires :

La Garantie Prothèses prend en charge les couronnes et bridges, Inlays core, Prothèses dentaires amovibles et autres Prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire.

▪ Dispositif dit « 100% Santé » :

Le dispositif « 100% santé » s'applique en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation. Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du dispositif « **100% Santé** », sont pris en charge à 100% des frais réels dans la limite des Honoraires limites de facturation (**H.L.F**) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

▪ 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.

Les prothèses dentaires non remboursées par le Régime Obligatoire, sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes. La Base de remboursement correspond à celle retenue par le Régime Obligatoire pour les couronnes remboursées.

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).

Implantologie dentaire :

Pour chaque implant dentaire, l'Assureur prend en considération pour le versement de la Prestation, la première date effective de soins réalisé par le professionnel de santé. Les prothèses sur implant sont garanties au titre du poste "Prothèses dentaires".

OPTIQUE

Pour les équipements « 100% Santé » (dits de Classe A) :

La prestation est remboursée à hauteur de 100% des frais réels dans la limite des Prix limites de vente (P.L.V.) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

Sont également remboursées selon les mêmes conditions, la Prestation d'appairage et la Prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions définies par la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale) en cas d'acquisition de verres de Classe A quelle que soit la Classe dont relève la monture (Classe A ou Classe B).

Pour les équipements « Hors 100% Santé » (dits de Classe B) :

La prestation est remboursée à hauteur de la garantie fixée au Tableau des garanties dans les limites prévues par le tableau ci-dessous (incluant la part prise en charge par le Régime Obligatoire).

Quel que soit le dispositif choisi, le remboursement de la monture est toujours limité à 100 euros (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).

Lorsque vous optez pour un équipement mixte (monture dans le Dispositif dit « 100% Santé » et verres dans le Dispositif dit « Hors 100% Santé » ou inversement), le remboursement s'effectue comme suit :

- Pour la partie de l'équipement relevant du Dispositif dit « 100% Santé » : prise en charge intégrale dans la limite des Prix limites de vente,
- Pour la partie de l'équipement relevant du Dispositif dit « Hors 100% Santé » : prise en charge dans la limite du plafond « Hors 100% Santé », déduction faite du coût de la partie de l'équipement « 100% Santé » et dans la limite de 100 euros pour la monture.

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage.

Dans tous les cas, les montants des Garanties doivent être comprises entre les minima et maxima conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables aux contrats « responsables » indiqués ci-dessous :

TYPE DE VERRES (« HORS 100% SANTE ») (PAR EQUIPEMENT, Y COMPRIS REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE)		
	La prestation ne peut pas	
EQUIPEMENT comportant (Monture et deux verres) :	ETRE INFERIEURE A :	EXCEDER : (plafond de remboursement de la monture de 100 euros maximum inclus)
	MINIMA	MAXIMA
2 verres simples	100 euros	420 euros
1 verre simple et 1 verre complexe	150 euros	560 euros
2 verres complexes	200 euros	700 euros
1 verre simple et 1 verre hyper complexe	150 euros	610 euros
1 verre complexe et 1 verre hyper complexe	200 euros	750 euros
2 verres hyper complexes	200 euros	800 euros

Classification des verres				
	Catégorie	Sphère	Cylindre	Somme 5 (sphère + cylindre)
Verre simple	Unifocal sphérique	Entre - 6.00 et + 6.00 dioptries	/	/
	Uni-focal sphéro-cylindrique	Entre -6.00 et 0 dioptries	Inférieur ou égal à + 4 dioptries	/
	Uni-focal sphéro-cylindrique	Positive	/	Inférieure ou égale à 6.00 dioptries
	Uni-focal sphérique	Hors zone de - 6.00 à + 6.00 dioptries	/	/
	Uni-focal sphéro-cylindrique	Entre -6.00 et 0 dioptries	Supérieur à + 4 dioptries	/
		Inférieure à -6.00 dioptries	Supérieur ou égal à 0.25 dioptrie	/
		Positive	/	Supérieure à 6.00 dioptries
	Multifocal ou progressif sphérique	Entre - 4.00 et + 4.00 dioptries	/	/
	Multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	Entre - 8.00 et 0.00 dioptries	Inférieur ou égal à + 4.00 dioptries	/
		Positive	/	Inférieure ou égale à 8.00 dioptries
Verre hyper complexe	Multifocal ou progressif sphérique	Hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries	/	/
	Multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	Entre - 8,00 et 0 dioptries	Supérieur à + 4.00 dioptries	/
		inférieure à - 8.00 dioptries	Supérieur ou égal à 0.25 dioptrie	/
		Positive	/	Supérieure à 8.00 dioptries

Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de :

- **deux (2) ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus. Cette période est réduite à un (1) an en cas** d'évolution de la vue, définie réglementairement et attestée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique ou d'adaptation de la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance par un professionnel de santé conformément à la réglementation,
- **un (1) an** pour les bénéficiaires de moins de 16 ans. Aucun délai de renouvellement n'est applicable **pour les verres** en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale,
- **six (6) mois** pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un (1) an mentionné ci-dessus s'applique.

Ces limites courent à compter de la date d'acquisition figurant sur la facture remise par le professionnel de santé d'un équipement ou d'un des éléments de l'équipement. Elles tiennent compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le Régime Obligatoire au cours des périodes susmentionnées. En cas de

renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément, sous réserve de la prise en charge par le Régime Obligatoire.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, et sous réserve de la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant l'existence d'une situation médicale particulière mentionnée dans cette liste.

ANNEXES

TABLEAU DE GARANTIES 2023 - IDCC 3238 - Production et transformation des Papiers & Cartons

		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		100% BR	100% BR	100% BR
		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		200 % BR	200 % BR	200 % BR	
Orthopédie et autres prothèses					
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 *)			
		Actes de chirurgie (ADC)			
		Actes d'anesthésie (ADA)	220% BR	250% BR	300% BR
		Actes d'obstétrique (ACO)			
		Actes techniques médicaux (ATM)			
		Honoraires (non signataires DPTM *)			
		Actes de chirurgie (ADC)			
		Actes d'anesthésie (ADA)	200% BR	200% BR	200% BR
	Actes d'obstétrique (ACO)				
	Actes techniques médicaux (ATM)				
	Forfait journalier hospitalier ^{(1) (2)}		100% FR	100% FR	100% FR
	Forfait Patient Urgences ^{(1) (2)(4)}		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	100% FR limité à 2,5% du PMSS /jour limité à 1,25% du PMSS /jour	100% FR limité à 3% du PMSS /jour limité à 1,5% du PMSS /jour	
Conventionnée de jour (sans nuité)					
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	Verres et montures ⁽⁵⁾	Équipement 100% Santé Classe A ⁽³⁾		Classe B	Équipement 100% Santé Classe A ⁽³⁾		Classe B	Équipement 100% Santé Classe A ⁽³⁾			
	Verres	100% du PLV ^(***)		Grille optique 1	100% du PLV ^(***)		Grille optique 2	100% du PLV ^(***)			
	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			
	Soins dentaires ^{(6) (7)}	100% BR				100% BR		100% BR			
	Onlays/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			
DENTAIRE	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)			250% BR (**)		Dans la limite de 900 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà garantie à 125% BR)		325% BR (**)		Dans la limite de 1050 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà garantie à 125% BR)	
	Remboursées par la SS : dents de fond de bouche		100% des HLF ^(***)	220% BR (**)	125% BR		100% des HLF ^(***)	280% BR (**)	100% des HLF ^(***)	350% BR (**)	
	Inlays-core			150% 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	
				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 ^(***)	
	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										
	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		
ACTES DE PREVENTION	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 S ≤ 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 < S ≤ 4		45 €		85 €		100 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		55 €		95 €		110 €
	cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		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 S ≤ 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 < S ≤ 4		95 €		180 €		210 €
	cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		105 €		190 €		220 €
	cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		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 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS 2023

Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	RAMO*	Remboursement Planet'Santé®			Reste à charge			Commentaires
			Option 1 Base	Option 2	Option 3	Option 1 Base	Option 2	Option 3	

Hospitalisation

Forfait journalier hospitalier (hébergement) ** en service psychiatrique	20 € 15€**	0 €	20 € 15€**	20 € 15€**	20 € 15€**	0 €	0 €	0 €	Tarif réglementaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO - Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	413 €	271,70€	141,30€	141,30€	141,30€	0 €	0 €	0 €	Prix moyen national de l'acte
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO) Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	451 €	271,70€	179,30€	179,30€	179,30€	0 €	0 €	0 €	Prix moyen national de l'acte

Optique

Verres progressifs + monture (équipement 100% Santé)	90 € (par verre) + 30 € (monture)	16,20 € par verre + 5,40 € (monture)	172,20 €	172,20 €	172,20 €	0 €	0 €	0 €	Prix moyen national
Verres progressifs et monture ⁽¹⁾	231€ (par verre) + 139€ (monture)	0,03 € par verre + 0,03 € (monture)	279,91€	459,91€	519,91€	321 €	141 €	81 €	Prix moyen national

Dentaire

Détartrage	43,38 €	30,36 €	13,02 €	13,02 €	13,02 €	0 €	0 €	0 €	Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% Santé)	500 €	84 €	416 €	416 €	416 €	0 €	0 €	0 €	Prix moyen national
Couronne céramo-métallique sur molaires (hors 100% Santé) ⁽²⁾	547,90 €	84 €	216 €	276 €	336 €	247,90 €	187,90 €	127,90 €	Prix moyen national
Orthodontie (moins de 16 ans) : traitement par semestre (6 max)	720 €	193,50 €	387 €	425,70 €	483,75 €	139,50 €	100,80 €	42,75 €	Prix moyen national

Aides auditives***

Par oreille pour un patient de plus de 20 ans (équipement 100% Santé)	950 €	240 €	710 €	710 €	710 €	0 €	0 €	0 €	Prix moyen national
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans (équipement hors 100% Santé)	1534 €	240 €	493,20€	493,20€	1294€	800,80€	800,80€	0 €	Prix moyen national

Soins courants

Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	1 €	1 €	1 €	Tarif de convention
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.) sans dépassement d'honoraires	30 €	20 €	9 €	9 €	9€	1 €	1 €	1 €	Tarif de convention
Consultation médecin spécialiste (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.) avec dépassement d'honoraires maîtrisés	44 €	20 €	23 €	23 €	23 €	1 €	1 €	1 €	Prix moyen national de l'acte
Consultation médecin spécialiste (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.) avec dépassement d'honoraires libres	58 €	15,10 €	29,90€	29,90€	29,90€	13€	13€	13€	Prix moyen national de l'acte

* **RAMO** : Remboursement de l'assurance maladie obligatoire
 *** Les exemples de remboursements sont calculés sur la base du PMSS 2023.

(1) : verres multifocaux
 (2) : panier libre
 NB : remboursement de la Sécurité sociale inclus

