

FRAIS DE SANTÉ

NOTICE D'INFORMATION DE L'ASSURE

CONDITIONS PARTICULIERES

Garanties en vigueur au 1er janvier 2020

Contrats souscrits par l'entreprise :
CASINO GUICHARD-PERRACHON SA
Siren n° 554 501 171
Après de votre organisme assureur

Responsable n° M3/Q12049-0001-S
REGIMES 2 et 3

Non responsable n° M3/Q12050-0001-S
REGIME 4

Surcomplémentaires à adhésion facultative

Catégorie assurée :
Ensemble du personnel y compris les
Gérants et co-gérants mandataires sociaux

La présente notice s'applique aux entreprises citées ci-après dont le souscripteur a reçu mandat.

SIREN	RAISON SOCIALE
554 501 171	CASINO, GUICHARD-PERRACHON
820 142 537	GREEN YELLOW B2C
519 439 830	GREEN YELLOW EFFENERGIE REUNION
497 584 946	OLENYDIS
833 030 240	RETAIL EXTENDED LOGISTICS
325 079 457	SERCA
348 877 044	SUDECO
820 881 720	GREEN YELLOW VENTE D'ENERGIE
528 278 914	HOLDING DE GESTION DE PROJETS ENERGETIQUES 1 (HGPE 1)
487 422 560	IGC SERVICES
487 514 481	AVENIR SETE
833 618 168	MAXIT
833 618 283	ALOEDIS
840 137 996	OCOMMERCE
428 269 104	AMC (ACHAT MARCHANDISES CASINO)
342 043 528	CASINO RESTAURATION
428 267 249	CASINO SERVICES
501 655 245	C CHEZ VOUS
834 142 762	C LAST MILE
428 268 023	DISTRIBUTION CASINO France
383 123 874	EASYDIS
501 657 399	GREEN YELLOW

Les dispositions ci-après viennent compléter ou remplacer celles énoncées précédemment.

Dérogations /compléments aux conditions générales

Nous avons délégué la gestion de votre contrat.

En conséquence, l'affiliation des assurés, de leurs ayants droit et les demandes de remboursement sont gérés par le délégataire selon les modalités qu'il communiquera.

Le délégataire vous fournira la carte de tiers payant et activera le cas échéant le lien Noémie.

Garantie assistance

Par dérogation aux conditions générales, vous bénéficiez de la garantie assistance au titre de votre contrat collectif à adhésion obligatoire frais de santé.

Quelles sont les modalités d'affiliation ?

Par dérogation aux conditions générales, vous pouvez demander à tout moment votre affiliation ainsi que celle de vos ayants droit.

Pour souscrire le Régime 4, vous devez avoir souscrit pour votre compte et celui de vos ayants droit le Régime 3 du contrat collectif facultatif responsable.

Pour bénéficier des garanties, vous devez compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation en indiquant la liste de vos ayants droit s'il y a lieu. Vous devez également mentionner dans le même document tout changement de situation familiale (mariage, naissance, pacs...).

Vous devez également compléter et signer un mandat de prélèvement SEPA.

Vous remettez votre bulletin accompagné des pièces nécessaires à votre affiliation à votre employeur.

Celui-ci s'engage à nous les faire parvenir dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation demandée ou la modification de votre situation familiale.

Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?

Par dérogation aux conditions générales, en fonction de la structure d'affiliation choisie par votre employeur, vos ayants droit sont :

- votre conjoint,
- vos enfants à charge ou ceux de votre conjoint au sens du contrat qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - Etre âgés de moins de 25 ans,
 - Bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle de votre conjoint ou d'une affiliation personnelle,
 - Etre fiscalement à votre charge, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que vous déduisez fiscalement de votre revenu global.

La limite d'âge est supprimée pour vos enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles (*), sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 25^{ème} anniversaire.

- vos ascendants, père et mère à votre charge et ceux de votre conjoint au sens du contrat, **vos** collatéraux :
 - bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale ;
 - fiscalement à sa charge, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

(*) **La carte d'invalidité** prévue à l'article L241-3 du Code de l'action sociale et des familles est remplacée progressivement par la carte « mobilité inclusion », qui seule s'appliquera au plus tard au 31 décembre 2026.

Structure d'affiliation

En complément aux conditions générales, votre structure d'affiliation est « adulte / enfant ».

Votre affiliation est facultative.

Les bénéficiaires du contrat sont identiques à ceux bénéficiant du contrat collectif obligatoire.

Pour le Régime 4, les bénéficiaires sont identiques à ceux bénéficiant du Régime 3.

Garanties frais de santé surcomplémentaires à options

En complément aux conditions générales :

Vous êtes obligatoirement affilié au régime obligatoire « Régime 1 » défini au contrat collectif à adhésion obligatoire.

1. Choix de l'option

Vous avez le choix entre les 3 options suivantes :

Au titre du contrat facultatif responsable

- Option 1 : Régime 2
- Option 2 : Régime 3

Au titre du contrat facultatif non responsable

- Option 3 : Régime 4

Les prestations du Régime 4 viennent en complément des prestations du Régime 3.

Ce choix s'applique à vous-même et à l'ensemble de vos ayants droit.

Vous exprimez votre choix lors de votre affiliation, en remplissant le bulletin individuel d'affiliation.

2. Modalités de changement d'option

Les changements de niveau vers un niveau supérieur s'effectuent au 1er jour du mois suivant la demande.

Toute demande tendant à bénéficier d'un niveau inférieur sera effective à compter de la fin de la durée d'affiliation minimale de 2 ans.

A titre dérogatoire, le changement de niveau vers un niveau inférieur* peut s'effectuer à tout moment dans les cas suivants :

- Naissance ou adoption d'un enfant à votre charge ;
- Mariage ou divorce, début ou fin de concubinage ;
- Conclusion ou dissolution d'un Pacte Civil de Solidarité ;

- Le décès de votre conjoint au sens du contrat, de l'un de vos ayants droit ;
- Votre invalidité, celle de votre conjoint au sens du contrat, de ses enfants, l'invalidité s'apprécie au sens des 2° et 3° de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale ou doit être reconnue par décision de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel prévue à l'article L.323-11 ou de la commission départementale de l'éducation spéciale à condition que le taux d'incapacité atteigne au moins 80% et que l'intéressé n'exerce aucune activité professionnelle ;
- Obligation faite au conjoint au sens du contrat d'adhérer à un régime collectif de groupe frais de santé souscrit par son propre employeur, sur justificatif ;
- Passage d'un emploi temps plein à un emploi temps partiel ;
- Si vous êtes à temps partiel, réduction de l'horaire contractuel de 25% et plus ;
- Recevabilité d'un dossier de surendettement des particuliers déposé auprès de la Banque de France, en application de l'article L.331-2 du code de la consommation ;
- Acquisition, agrandissement, sous réserve de l'existence d'un permis de construire ou d'une déclaration préalable de travaux, ou remise en l'état à la suite d'une catastrophe naturelle reconnue par arrêté ministériel, de votre résidence principale.

* Sous réserve que vous en fassiez la demande accompagnée du justificatif afférent sous les 3 mois de la survenance de l'évènement.

Quand prennent effet vos garanties ?

Par dérogation aux conditions générales :

Sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne dans les trente jours, les garanties prennent effet :

Pour vous

- à la date d'effet du contrat si vous appartenez à la catégorie de personnel assurée à cette date,
- au 1^{er} jour du mois au cours duquel votre contrat de travail ou mandat prend effet, postérieurement à la souscription,
- au jour de votre demande d'affiliation, si vous bénéficiez auparavant d'une dispense d'affiliation.

Au-delà de ce délai de trente jours, vos garanties prennent effet au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande.

Pour vos ayants droit

- sous réserve que la demande nous parvienne dans les trente jours, à la même date que vos garanties. Passé ce délai les garanties prennent effet au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande,
- postérieurement à votre affiliation, au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande.

Quand cessent vos garanties ?

Pour vous

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat souscrit par votre employeur,
- à la date de votre radiation du contrat collectif obligatoire,
- à la date de suspension de votre contrat de travail ou du mandat de gérance, sauf dispositions du paragraphe intitulé « Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ? »,
- au dernier jour du mois de la fin du contrat de travail ou du mandat de gérance, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la portabilité,
- à la date à laquelle vous cessez de remplir les conditions vous permettant de bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité, dans la limite fixée par celle-ci,
- au 1^{er} jour du trimestre civil suivant la demande par lettre recommandée avec avis de réception et en respectant un préavis d'un mois,
- à la date d'effet de votre retraite de la Sécurité sociale (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite),

Pour vos ayants droit

Les garanties cessent à la date à laquelle :

- ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit,
- au 1^{er} jour du trimestre civil suivant la demande par lettre recommandée avec avis de réception et en respectant un préavis d'un mois,
- vos garanties cessent.

Vous et vos ayants droit, une fois radiés, ne pourrez plus bénéficier des présentes garanties. La radiation est définitive.

En l'absence de déclaration de votre radiation par votre employeur, nous pourrions réclamer le remboursement des sommes indûment versées.

Dénonciation volontaire de votre part

L'article « dénonciation volontaire de votre part » est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

En cas de modification apportée à vos droits et obligations contractuels, vous avez la faculté de dénoncer votre affiliation et celle de l'ensemble de vos ayants droit dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information établie à cet effet.

En tout état de cause, vous pouvez dénoncer votre affiliation et celle de l'ensemble de vos ayants droit, à chaque échéance annuelle du 31 décembre pour un effet au 1^{er} janvier de l'année suivante, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec avis de réception et en respectant un préavis de deux mois avant la fin de l'exercice civil.

La dénonciation vaut pour l'ensemble des personnes garanties par l'un des contrats surcomplémentaires responsable ou non responsable et est définitive.

Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de deux années civiles entre la dénonciation et la nouvelle adhésion.

Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ?

En complément aux conditions générales, le bénéfice des garanties peut être maintenu en cas de congé sans solde, à savoir la suspension du contrat de travail ou du mandat de gérance sans versement de rémunération et à votre initiative, dans les conditions définies ci-après.

1. Durée des garanties

La prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet :

- à la date de départ en congé sans solde sous réserve que la demande de maintien de la garantie nous parvienne, par écrit, au plus tard dans le mois qui suit la date de suspension du contrat de travail ou du mandat de gérance,
- au 1^{er} jour du mois civil suivant la demande, si celle-ci est formulée au plus tard dans les trois mois qui suivent la date de suspension du contrat de travail.

La cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date de résiliation du présent contrat,
- à la veille de la reprise d'activité,
- à la date de radiation de l'assuré des effectifs.

2. Cotisations

Le paiement des cotisations

Vous devez nous payer les cotisations, y compris les taxes éventuelles, mensuellement ou trimestriellement d'avance par prélèvement automatique sur votre compte.

En cas d'affiliation de votre part en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues à partir du premier jour du mois civil suivant.

En cas de radiation de votre part en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues pour le mois civil en cours.

Vous êtes le seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, vous nous remettez un relevé d'identité bancaire (R.I.B) et un mandat de prélèvement SEPA.

Le recouvrement des cotisations

A défaut de paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, nous vous adresserons une mise en demeure de paiement chiffrée par lettre recommandée avec avis de réception.

Si le paiement n'est pas intervenu, vous êtes radié quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Les cotisations antérieures à la date de cessation des garanties restent dues. Nous avons la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

**Votre radiation pour défaut de paiement est définitive et entraîne celle de vos ayants droit.
Cette radiation est définitive.**

DISPOSITIONS SPECIFIQUES

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE RESPONSABLE REGIMES 2 et 3

Vous avez choisi le Régime 2 ou le Régime 3 du contrat surcomplémentaire responsable.

Critères du contrat responsable

Le paragraphe « critères du contrat responsable » est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

Le contrat est qualifié de contrat « solidaire et responsable ».

Par « **solidaire** » on entend un contrat dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Par « **responsable** », on entend un contrat qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale.

Conformément à la réglementation, le contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursement suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'Assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques) ;
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R. 160-16 I du Code de la sécurité sociale ;
- 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 optique ;
- les prestations 100% SANTE précisées ci-dessous ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 , du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée.

Votre contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100 % de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.

Votre contrat prend en charge, en sus des prestations obligatoires du contrat responsable, les niveaux minimums de remboursements suivants :

- à hauteur d'au moins 125% des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie, les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale pour les actes autres que ceux mentionnés au 5° de l'article R. 871-2 .
- un montant minimum pour des équipements d'optique médicale (verres et monture) de classe B (définie ci-après) soumis au remboursement de l'assurance maladie, dans la limite des frais exposés par l'assuré.

La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins, ne sont pas pris en charge.

Par conséquent, les garanties de votre contrat respectent les **obligations minimales et maximales légales et réglementaires** de prise en charge.

A ce titre, il propose obligatoirement les prestations prévues dans le cadre du 100% santé en optique, dentaire et pour les aides auditives dans le respect du calendrier prévu par les textes.

1. Optique

a. Généralités

Les évolutions suivantes entreront en vigueur à compter du **1^{er} janvier 2020**.

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé ».
- **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement, est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- **soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »**,
- **soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A »**.

Le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), la prise en charge s'effectue donc **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**.

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

Les verres simples, complexes ou très complexes sont ainsi définis :

VERRES SIMPLES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

VERRES COMPLEXES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

VERRES TRÈS COMPLEXES

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,*
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

*Sphère supérieure à une dioptrie de I-8DI soit -9D

b. Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.	
Constatation de l'évolution de la vue	soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres.	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

2. Dentaire

Les évolutions suivantes entreront en vigueur en deux temps : **à compter du 1^{er} janvier 2020** pour une partie des **actes du panier** « 100% santé », puis **au 1^{er} janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires**.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « **100% santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
- Un panier aux **tarifs maîtrisés / modérés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties,
- Un panier aux **tarifs libres**, permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

3. Aide auditive

Les évolutions suivantes entreront en vigueur **à compter du 1^{er} janvier 2021**.

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% santé.
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Toutefois, le contrat ne prend pas en charge :

- **les actes référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme, sauf mention aux présentes conditions particulières,**
- **les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou à la date d'effet de l'affiliation des bénéficiaires tels que définis aux conditions générales,**
- **les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires tels que définis aux conditions générales,**
- **la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins prévues par le Code de la Sécurité sociale,**
- **les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé,**
- **tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale,**

Tableau de garanties

Nature des actes	Régime 2 Responsable Facultatif	Régime 3 Responsable Facultatif
	Y compris prestations du régime 1 dans la limite des frais engagés	Y compris prestations du régime 1 dans la limite des frais engagés
Hospitalisation		
Frais de séjour en Secteur conventionné	100% DE - SS	100% DE - SS
Frais de séjour en Secteur non conventionné	90% DE - SS	90% DE - SS
Honoraires médicaux et chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	100% DE - SS	100% DE - SS
Honoraires médicaux et chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	200% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale	100% DE	100% DE
Chambre particulière (hors maternité) non remboursée par la Sécurité sociale	100€ par nuitée	100€ par nuitée
Chambre particulière (maison de repos, centre de convalescence, établissement de cure Hors cure thermale) non remboursée par la Sécurité sociale	100€ par nuitée (limitée 30 nuits par an)	100€ par nuitée (limitée 30 nuits par an)
Chambre particulière (psychiatrie, rééducation fonctionnelle ou motrice) non remboursée par la Sécurité sociale	100€ par nuitée (limitée 60 nuits par an)	100€ par nuitée (limitée 60 nuits par an)
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans) par nuitée, non remboursé par la Sécurité sociale.	17€ par nuitée	34€ par nuitée
Forfait actes médicaux supérieurs à 120 €	Inclus	Inclus
Frais de transport sanitaire		
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (*)	135% BR	200% BR
Soins courants		
Honoraires médicaux		
Consultation/Visites Généraliste - Praticien adhérent à un DPTAM	145% BR	200% BR
Consultation/Visites Généraliste - Praticien non adhérent à un DPTAM	125% BR	180% BR
Consultation/Visites Spécialiste - Praticien adhérent à un DPTAM	145% BR	200% BR
Consultation/Visites Spécialiste - Praticien non adhérent à un DPTAM	125% BR	180% BR
Actes techniques médicaux et de Chirurgie Praticien adhérent à un DPTAM	145% BR	200% BR
Actes techniques médicaux et de Chirurgie Praticien non adhérent à un DPTAM	125% BR	180% BR
Actes d'imagerie, échographie et doppler - Praticien adhérent à un DPTAM	145% BR	200% BR
Actes d'imagerie, échographie et doppler - Praticien non adhérent à un DPTAM	125% BR	180% BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires Médicaux	125% BR	200% BR
Analyses et examens de laboratoire		
Actes de biologie médicale (analyses, examens laboratoires...)	125% BR	200% BR

Nature des actes	Régime 2 Responsable Facultatif Y compris prestations du régime 1 dans la limite des frais engagés	Régime 3 Responsable Facultatif Y compris prestations du régime 1 dans la limite des frais engagés
Médicaments		
Médicaments remboursés à 65%	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30%	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15%	100% BR	100% BR
Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	205€ / an / bénéficiaire	205€ / an / bénéficiaire
Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale prescrits ou non prescrits - par an et par bénéficiaire	Néant	Néant
Matériel médical		
Appareillage, prothèse, produits, pris en charge par la Sécurité sociale (hors aides auditives et optique)	100% BR	150% BR
Fauteuil Handicapé	100% BR + 500€	150% BR + 1000€
Dentaire		
Soins et prothèses, 100% Santé	Sans reste à charge	Sans reste à charge
A compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire.		
Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Honoraires Limite de Facturation : HLF) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).		
Soins autres que 100% Santé		
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire pris en charge par la Sécurité sociale	145% BR	145% BR
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	145% BR	145% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (surfaçage, curetage, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire)	Néant	100 € / an / bénéficiaire
Inlays-onlays remboursé par la Sécurité sociale	145% BR	200% BR
Prothèses autres que 100% Santé		
Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale (couronne définitive, inlay-core, bridge, couronne sur implant et prothèse amovible, y compris couronne transitoire ou réparation)	370% BR limité à 700 € / an / bénéficiaire	470% BR limité à 1000 € / an / bénéficiaire
Implant dentaire non pris en charge par la Sécurité sociale		
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS : pilier de bridge sur dent saine	100 € / an	250 € / an
Implant dentaire, pilier, scanner avant implant	Racine et pilier : 100 € / an / bénéficiaire	Racine et pilier : 300 € / an / bénéficiaire

	Régime 2 Responsable Facultatif	Régime 3 Responsable Facultatif
Nature des actes	Y compris prestations du régime 1 dans la limite des frais engagés	Y compris prestations du régime 1 dans la limite des frais engagés
Orthodontie		
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	225% BR	300% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale (par semestre)	Néant	180% BR
Aides auditives		
Equipements 100% Santé (Classe 1)		
Du 1er janvier au 31 décembre 2020, par équipement	130% BR	130% BR + 480€
A compter du 1er janvier 2021	Sans reste à charge	Sans reste à charge
Equipements 100% Santé : tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge les aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).		
Equipements hors 100% Santé (Classe 2)		
Aides auditives par équipement	130% BR	130% BR + 480€
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Optique (limitation à un équipement tous les 2 ans, sauf enfants (moins de 16 ans) ou changement de correction, limite ramenée à un an dans ce cas)		
Verres et monture (Y compris le remboursement de la Sécurité sociale)		
Equipement 100% Santé (Classe A)	Sans reste à charge	Sans reste à charge
Equipements 100% Santé tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que défini au 2ème alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).		
Equipement Hors 100% Santé (Classe B) y compris la prestation d'adaptation		
Monture (Y compris le remboursement de la Sécurité sociale)	70 €	100 €
Verres (Y compris le remboursement de la Sécurité sociale)	Grille optique	Grille optique
Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.		

	Régime 2 Responsable Facultatif	Régime 3 Responsable Facultatif
Nature des actes	Y compris prestations du régime 1 dans la limite des frais engagés	Y compris prestations du régime 1 dans la limite des frais engagés
Autre postes optique		
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale	100 € / an / bénéficiaire. (Minimum TM)	160 € / an / bénéficiaire. (Minimum TM)
Chirurgie optique réfractive	Néant	70 € / œil
Soins médicaux et frais d'hospitalisation liés à la maternité (accouchement)		
Forfait (doublé en cas de naissance multiple)	340 €	400 €
Chambre particulière (accouchement par voie basse) non remboursée par la Sécurité sociale - limitée à 4 jours	68€ par nuitée	100€ par nuitée
Actes d'accouchement (tous médecins spécialistes) - Praticien adhérent à un DPTAM	100% BR	200% BR
Actes d'accouchement (tous médecins spécialistes) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100% BR	180% BR
Dépistage trisomie 21	Néant	70 € / an / bénéficiaire
Fécondation in vitro	Néant	150 € / an / bénéficiaire
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale, par cure		
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100% BR	100% BR
Frais de transport et de séjour	125 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire
Médecine douce		
Ostéopathe, chiropracte, acupuncteur	Néant	75 € / an / bénéficiaire
Prévention		
Ensemble des 7 actes de prévention publiés par l'arrêté du 8 juin 2008	100% BR	100% BR
Assistance	Prévue au titre du contrat collectif obligatoire	

GLOSSAIRE	
BR = Base de Remboursement	DPTAM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée
SS = Remboursement de la Sécurité sociale	MR = Montant remboursé par le régime obligatoire
PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3377€ en 2019)	DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale
TM = Ticket Modérateur	
* : Service Médical d'Urgence Régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.	

**REGIMES 2 OU 3 PANIER 100% SANTE (CLASSE A)
DANS ET HORS RESEAU KALIXIA**

Sphère\ Cylindre	Verre unifocal (par verre)			Verre progressif (par verre)		
	0	0,25 à 4,00	>4,25	0	0,25 à 4,00	>4,25
0 à 2,00	32,5 €	37,5 €	52,5 €	75,0 €	90,0 €	115,0 €
2,25 à 4,00	37,5 €	42,5 €	57,5 €	80,0 €	95,0 €	120,0 €
4,25 à 6,00	47,5 €	52,5 €	67,5 €	90,0 €	105,0 €	130,0 €
6,25 à 8,00	47,5 €	52,5 €	67,5 €	90,0 €	105,0 €	130,0 €
>8,25	97,5 €	102,5 €	117,5 €	130,0 €	145,0 €	170,0 €

REGIME 2 CLASSE B

GARANTIES DANS ET HORS RESEAU KALIXIA						
Sphère\ Cylindre	Verre unifocal (par verre)			Verre progressif (par verre)		
	0	0,25 à 4,00	>4,25	0	0,25 à 4,00	>4,25
0 à 2,00	35,0 €	37,5 €	85,0 €	85,0 €	90,0 €	115,0 €
2,25 à 4,00	37,5 €	42,5 €	85,0 €	85,0 €	95,0 €	120,0 €
4,25 à 6,00	47,5 €	52,5 €	85,0 €	90,0 €	105,0 €	130,0 €
6,25 à 8,00	85,0 €	85,0 €	85,0 €	90,0 €	105,0 €	130,0 €
>8,25	97,5 €	102,5 €	117,5 €	130,0 €	145,0 €	170,0 €

REGIME 3 CLASSE B

Sphère\ Cylindre	Verre unifocal (par verre)					
	Dans le réseau Kalixia			Hors Réseau Kalixia		
	0	0,25 à 4,00	>4,25	0	0,25 à 4,00	>4,25
0 à 2,00	DE	DE	DE	67,5 €	70,0 €	117,5 €
2,25 à 4,00	DE	DE	DE	70,0 €	75,0 €	117,5 €
4,25 à 6,00	DE	DE	DE	80,0 €	85,0 €	117,5 €
6,25 à 8,00	DE	DE	DE	117,5 €	117,5 €	117,5 €
>8,25	DE	DE	DE	130,0 €	135,0 €	150,0 €

Sphère\ Cylindre	Verre progressif (par verre)					
	Dans le réseau Kalixia			Hors Réseau Kalixia		
	0	0,25 à 4,00	>4,25	0	0,25 à 4,00	>4,25
0 à 2,00	DE	DE	DE	160,0 €	165,0 €	190,0 €
2,25 à 4,00	DE	DE	DE	160,0 €	170,0 €	195,0 €
4,25 à 6,00	DE	DE	DE	165,0 €	180,0 €	205,0 €
6,25 à 8,00	DE	DE	DE	165,0 €	180,0 €	205,0 €
>8,25	DE	DE	DE	205,0 €	220,0 €	245,0 €

CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE NON RESPONSABLE REGIME 4

Vous avez choisi en complément du Régime 3, le Régime 4 du contrat surcomplémentaire non responsable.

Objet du contrat

Par **dérogation aux conditions générales**, votre contrat surcomplémentaire est qualifié de contrat « non responsable et solidaire ».

Par « **non responsable** », on entend un contrat qui n'est pas tenu de respecter les obligations prévues aux articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale.

Par « **solidaire** » on entend un contrat dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Les limites des remboursements

Le paragraphe « critères du contrat responsable » est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** : équipement qui respecte intégralement les prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé ».
- **L'équipement optique de « classe B »** : équipement dont le tarif est librement fixé par l'opticien.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- **soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »**,
- **soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A »**.

Les limites de remboursement seront appliquées en fonction du contrat.

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

Les verres simples, complexes ou très complexes sont ainsi définis :

VERRES SIMPLES <ul style="list-style-type: none">• Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries,• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.
VERRES COMPLEXES <ul style="list-style-type: none">• Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,• Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
VERRES TRES COMPLEXES <ul style="list-style-type: none">• Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries,• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,*• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

*Sphère supérieure à une dioptrie de I-8DI soit -9D

Les remboursements sont limités à un équipement optique (une monture et deux verres) tous les deux ans par bénéficiaire, **sauf en cas d'évolution de la vue** selon les critères prévus par le Code de la sécurité sociale **ou pour les enfants de moins de 16 ans** où la prise en charge est annuelle et à 6 mois **pour les enfants jusqu'à 6 ans** dans le cas où la monture n'est plus conforme à leur morphologie.

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1er janvier 2018.

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement de manière anticipée s'apprécie soit sur présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit en fonction de l'adaptation de la prescription médicale faite par l'opticien.

1. Dentaire

Les évolutions suivantes entreront en vigueur en deux temps : **à compter du 1^{er} janvier 2020** pour une partie des **actes du panier** « 100% santé », puis **au 1^{er} janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires**.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « **100% santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
- Un panier aux **tarifs maîtrisés / modérés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et des garanties prévues dans le tableau de garanties,
- Un panier aux **tarifs libres**, permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

2. Aide auditive

Les évolutions suivantes entreront en vigueur **à compter du 1^{er} janvier 2021**.

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » : cet équipement est remboursé sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du « 100% santé ».
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties.
- La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Dans tous les cas, ne sont pas pris en charge par l'organisme assureur :

- **les actes référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme, sauf mention aux présentes conditions particulières,**
- **les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou à la date d'effet de l'affiliation des bénéficiaires tels que définis aux conditions générales,**
- **les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires tels que définis aux conditions générales,**
- **la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins prévues par le Code de la Sécurité sociale,**
- **les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé,**
- **tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale.**

Tableau de garanties

Nature des actes	Régime 4 Surcomplémentaire Non Responsable Facultatif Prestations en complément du régime 3, dans la limite des frais engagés
Hospitalisation	
Frais de séjour en Secteur conventionné	-
Frais de séjour en Secteur non conventionné	
Honoraires médicaux et chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	-
Honoraires médicaux et chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	+150%BR
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale	-
Chambre particulière (hors maternité) non remboursée par la Sécurité sociale	+20€ par nuitée
Chambre particulière (maison de repos, centre de convalescence, établissement de cure Hors cure thermale) non remboursée par la Sécurité sociale	+20€ par nuitée (limitée 30 nuits par an)
Chambre particulière (psychiatrie, rééducation fonctionnelle ou motrice) non remboursée par la Sécurité sociale	+20€ par nuitée (limitée 60 nuits par an)
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans) par nuitée, non remboursé par la Sécurité sociale.	-
Forfait actes médicaux supérieurs à 120 €	Inclus
Frais de transport sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (*)	-
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultation/Visites Généraliste - Praticien adhérent à un DPTAM	+150%BR
Consultation/Visites Généraliste - Praticien non adhérent à un DPTAM	+170%BR
Consultation/Visites Spécialiste - Praticien adhérent à un DPTAM	+170%BR
Consultation/Visites Spécialiste - Praticien non adhérent à un DPTAM	+190%BR
Actes techniques médicaux et de Chirurgie Praticien adhérent à un DPTAM	+100% BR
Actes techniques médicaux et de Chirurgie Praticien non adhérent à un DPTAM	+120% BR
Actes d'imagerie, échographie et doppler - Praticien adhérent à un DPTAM	+100% BR
Actes d'imagerie, échographie et doppler - Praticien non adhérent à un DPTAM	+120% BR
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires Médicaux	+50% BR
Analyses et examens de laboratoire	
Actes de biologie médicale (analyses, examens laboratoires...)	+50% BR

Nature des actes	Régime 4 Surcomplémentaire Non Responsable Facultatif Prestations en complément du régime 3, dans la limite des frais engagés
Médicaments	
Médicaments remboursés à 65%	-
Médicaments remboursés à 30%	-
Médicaments remboursés à 15%	-
Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	-
Médicaments prescrits ou non et non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50€ / an / bénéficiaire
Matériel médical	
Appareillage, prothèse, produits, pris en charge par la Sécurité sociale (hors aides auditives et optique)	+50% BR
Fauteuil Handicapé	+50% BR
Dentaire	
Soins et prothèses, 100% Santé A compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire.	Sans reste à charge
Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Honoraires Limites de Facturation : HLF) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).	
Soins autres que 100% Santé	
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire pris en charge par la Sécurité sociale	-
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	-
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (surfaçage, curetage, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire)	+100€ / an / bénéficiaire
Inlays-onlays remboursé par la Sécurité sociale	+50% BR
Prothèses autres que 100% Santé	
Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale (couronne définitive, inlay-core, bridge, couronne sur implant et prothèse amovible, y compris couronne transitoire ou réparation)	100% BR limité à 1500 € / an / bénéficiaire
Implant dentaire non pris en charge par la Sécurité sociale	
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS : pilier de bridge sur dent saine	+50€ / an
Implant dentaire, pilier, scanner avant implant	Racine et pilier : +200 € / an / bénéficiaire

Nature des actes	Régime 4 Surcomplémentaire Non Responsable Facultatif Prestations en complément du régime 3, dans la limite des frais engagés
Orthodontie	
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	+100% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	+120% BR
Aides auditives	
Equipements 100% Santé (Classe 1)	
Du 1er janvier au 31 décembre 2020, par équipement	+ 400€
A compter du 1er janvier 2021	Sans reste à charge
<p>Equipements 100% Santé : tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge les aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).</p>	
Equipements hors 100% Santé (Classe 2)	
Aides auditives par équipement	+ 200€
<p>Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.</p>	
Optique (limitation à un équipement tous les 2 ans, sauf enfants (moins de 16 ans) ou changement de correction, limite ramenée à un an dans ce cas)	
Verres et monture (Y compris le remboursement de la Sécurité sociale)	
Equipement 100% Santé (Classe A)	Sans reste à charge
<p>Equipements 100% Santé tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que défini au 2ème alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).</p>	
Equipement Hors 100% Santé (Classe B) y compris la prestation d'adaptation	-
Monture (Y compris le remboursement de la Sécurité sociale)	+50€
Verres (Y compris le remboursement de la Sécurité sociale)	Grille optique
<p>Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.</p>	

Nature des actes	Régime 4 Surcomplémentaire Non Responsable Facultatif Prestations en complément du régime 3, dans la limite des frais engagés
Autre postes optique	
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale	+ 150 € / an / bénéficiaire.
Chirurgie optique réfractive	+130€ / œil
Soins médicaux et frais d'hospitalisation liés à la maternité (accouchement)	
Forfait (doublé en cas de naissance multiple)	+150€
Chambre particulière (accouchement par voie basse) non remboursée par la Sécurité sociale - limitée à 4 jours	+20€ par nuitée
Actes d'accouchement (tous médecins spécialistes) - Praticien adhérent à un DPTAM	+150% BR
Actes d'accouchement (tous médecins spécialistes) - Praticien non adhérent à un DPTAM	+170% BR
Dépistage trisomie 21	-
Fécondation in vitro	-
Cure thermique prise en charge par la Sécurité sociale, par cure	
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique	-
Frais de transport et de séjour	+25 € / an / bénéficiaire
Médecine douce	
Ostéopathe, chiropracte, acupuncteur	+40 € / an / bénéficiaire
Prévention	
Ensemble des 7 actes de prévention publiés par l'arrêté du 8 juin 2008	-
Assistance	Prévue au titre du contrat collectif obligatoire

GLOSSAIRE	
BR = Base de Remboursement	DPTAM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée
SS = Remboursement de la Sécurité sociale	MR = Montant remboursé par le régime obligatoire
PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3377€ en 2019)	DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale
TM = Ticket Modérateur	
* :Service Médical d'Urgence Régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.	

REGIME 4 CLASSE B En complément du régime 3

Sphère\ Cylindre	Verre unifocal (par verre)					
	Dans le réseau Kalixia			Hors Réseau Kalixia		
	0	0,25 à 4,00	>4,25	0	0,25 à 4,00	>4,25
0 à 2,00	DE	DE	DE	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €
2,25 à 4,00	DE	DE	DE	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €
4,25 à 6,00	DE	DE	DE	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €
6,25 à 8,00	DE	DE	DE	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €
>8,25	DE	DE	DE	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €

Sphère\ Cylindre	Verre progressif (par verre)					
	Dans le réseau Kalixia			Hors Réseau Kalixia		
	0	0,25 à 4,00	>4,25	0	0,25 à 4,00	>4,25
0 à 2,00	DE	DE	DE	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €
2,25 à 4,00	DE	DE	DE	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €
4,25 à 6,00	DE	DE	DE	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €
6,25 à 8,00	DE	DE	DE	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €
>8,25	DE	DE	DE	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €

Fait à Paris le 29/10/2019.

IMPORTANT

Document à signer et à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),.....

reconnais avoir reçu la notice d'information décrivant les garanties frais de santé
souscrites au titre des contrats n° M3/Q12049-0001-S et n° n° M3/Q12050-0001-S par
mon entreprise :

.....
.....

à effet du : 01/01/2020
auprès de Malakoff Médéric Mutuelle.

À le.....

Signature





malakoff médéric
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE

Contrat d'assurance collective à
adhésion facultative

FRAIS DE SANTÉ

NOTICE D'INFORMATION DE L'ASSURE
FS3015/1 gestion déléguée

CONDITIONS GENERALES

Table des matières

Préambule	1
Les dispositions relatives à la vie de votre contrat	5
L'objet du contrat	5
Votre affiliation	5
Quelles sont les modalités d'affiliation ?	5
Fausse déclaration	5
Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?	6
Quand bénéficiez-vous des garanties ?	6
Quand prennent effet vos garanties ?	6
Dénonciation volontaire de votre part	6
Quand cessent vos garanties ?	7
Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ?	7
Quand pouvez-vous bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ?	7
Maintien individuel de vos garanties après rupture de votre contrat de travail ou de celles de vos ayants droit à votre décès	8
Les cotisations	9
Les prestations	9
Quelles sont les prestations ?	9
Critères du contrat responsable	9
Quelles sont les autres limites de remboursement ?	10
Forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale	11
Tiers payant	12
Le contrôle médical	12
Quelles sont vos formalités déclaratives ?	12
Quand et comment nous déclarer vos ayants droit ?	12
Comment obtenir un remboursement ?	13
A qui adresser vos courriers ?	14
Les généralités du contrat	14
Pièces justificatives	14
Prescription	14
Mobilités des assurés à l'étranger	15
Subrogation	15
A qui vous adresser en cas de réclamation ?	16
Informatique et libertés	16
Lexique	18

Sont joints à la présente notice d'information :

Les conditions particulières incluant notamment le tableau des garanties
Le document à signer et à remettre à votre employeur

Glossaire

Dans votre notice, nous utilisons les termes suivants :

L'organisme assureur est la mutuelle qui garantit les risques souscrits. Il sera désigné par **nous**.

L'assuré est le salarié ou ancien salarié bénéficiaire du contrat, c'est-à-dire appartenant à l'une des catégories de personnel prévue au contrat. Il sera désigné par **vous**. Si ces catégories réfèrent à l'Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres (AGIRC), il faut entendre ledit régime tel qu'il existe jusqu'au 31 décembre 2018.

Les ayants droit sont les membres de votre famille pouvant bénéficier, en fonction de la structure d'affiliation, des garanties du contrat.

Par **conjoint** nous entendons :

- votre époux ou votre épouse, non-séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e),
- ou à défaut, votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code Civil,
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec vous au sens de l'article 515-8 du Code Civil, sous réserve que vous et votre concubin soyez libres de tout engagement (mariage ou PACS).

Par **portabilité de la couverture d'assurance** nous entendons le maintien de la garantie frais de santé qui vous est accordé en tant que demandeur d'emploi et bénéficiaire de ce dispositif en vertu de l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Préambule

Votre Notice d'information, qui vous est remis par votre employeur, est constituée par les présentes conditions générales et les conditions particulières.

Les conditions générales décrivent les dispositions réglementaires et contractuelles organisant les rapports entre votre entreprise, vous-même et Malakoff Médéric Mutuelle et définissent les engagements réciproques des parties.

Les conditions particulières précisent, notamment, la date d'entrée en vigueur des garanties, la catégorie assurée concernée, le tableau des garanties choisies par le souscripteur et leur montant ainsi que les dérogations éventuelles aux conditions générales et le cas échéant le caractère surcomplémentaire de votre contrat.

Si vous souhaitez de plus amples informations, adressez-vous à votre employeur qui tient l'ensemble des conditions générales et documents contractuels à votre disposition.

Cette notice satisfait aux obligations d'information des assurés (article L 221-6 du Code de la mutualité).

Les dispositions relatives à la vie de votre contrat

L'objet du contrat

Le contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative, souscrit par votre employeur auprès de Malakoff Médéric Mutuelle, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Cette notice a pour objet d'indiquer les conditions dans lesquelles nous vous accordons, ainsi qu'à vos ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais de santé occasionnés en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Les prestations sont indiquées au tableau de garanties joint à votre notice.

Vos garanties répondent aux critères qualifiant les contrats de « solidaires et responsables » par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Le contrat frais de santé souscrit par votre employeur, ouvre droit aux garanties d'assistance, assurées par AUXIA Assistance, sous réserve de respecter les dispositions prévues à la notice d'assistance jointe à la présente.

Malakoff Médéric Mutuelle et AUXIA Assistance sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Votre affiliation

Quelles sont les modalités d'affiliation ?

Vous pouvez demander votre affiliation ainsi que celle de vos ayants droit uniquement dans les trois mois qui suivent :

- la date d'effet du contrat souscrit par votre employeur,
- la date de votre entrée dans la catégorie de personnel assurée,
- le changement de votre situation familiale (mariage, naissance, pacs...).

Pour bénéficier des garanties, vous devez compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation en indiquant la liste de vos ayants droit s'il y a lieu. Vous devez également mentionner dans le même document tout changement de situation familiale (mariage, naissance, pacs...).

Vous remettez votre bulletin accompagné des pièces nécessaires à votre affiliation à votre employeur. Celui-ci s'engage à nous les faire parvenir dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation demandée ou la modification de votre situation familiale.

Fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle de votre employeur de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser notre appréciation. Nous devons justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

Les cotisations payées nous sont acquises.

Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?

En fonction de la structure d'affiliation choisie par votre employeur, vos ayants droit sont :

- **votre conjoint,**
- **vos enfants** à charge ou ceux de votre conjoint au sens du contrat qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - Etre âgés de moins de 21 ans,
 - Bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle de votre conjoint ou d'une affiliation personnelle,
 - Etre fiscalement à votre charge, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que vous déduisez fiscalement de votre revenu global.

Cette limite d'âge est portée à 28 ans pour vos enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- S'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC,
- S'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage,
- S'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou effectuant un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La limite d'âge est supprimée pour vos enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire ou leur 28^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études.

Quand bénéficiez-vous des garanties ?

Quand prennent effet vos garanties ?

Sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne dans les trente jours, les garanties prennent effet :

Pour vous

- à la date d'effet du contrat si vous appartenez à la catégorie de personnel assurée à cette date,
- à la date de votre entrée dans la catégorie de personnel assurée (embauche ou promotion), postérieurement à la souscription,
- au jour où est intervenu votre changement de situation familiale (mariage, pacs, concubinage, naissance...),
- au jour de votre demande d'affiliation, si vous bénéficiez auparavant d'une dispense d'affiliation.

Pour vos ayants droit

- à la même date que vos garanties,
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit,
- au jour de la demande d'affiliation, pour ceux qui bénéficiaient d'une dispense d'affiliation.

Au-delà de ce délai de trente jours, vos garanties et celles de vos ayants droit prennent effet au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande.

Dénonciation volontaire de votre part

En cas de modification apportée à vos droits et obligations, vous avez la faculté de dénoncer votre affiliation et celle de l'ensemble de vos ayants droit dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information établie à cet effet.

En tout état de cause, vous pouvez dénoncer votre affiliation et celle de l'ensemble de vos ayants droit, à chaque échéance annuelle du 31 décembre par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec avis de réception et en respectant un préavis de deux mois avant la fin de l'exercice civil.

La dénonciation est définitive pour vous et l'ensemble des personnes garanties au titre du contrat.

Quand cessent vos garanties ?

Pour vous

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat souscrit par votre employeur,
- à la date de votre radiation du contrat collectif obligatoire,
- à la date de suspension de votre contrat de travail, sauf dispositions du paragraphe intitulé « Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ? »,
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la portabilité,
- à la date à laquelle vous cessez de remplir les conditions vous permettant de bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité, dans la limite fixée par celle-ci,
- à la date d'effet de votre retraite de la Sécurité sociale (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite),
- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel vous avez dénoncé votre affiliation, dans les conditions exposées au paragraphe « dénonciation volontaire de votre part ».

Pour vos ayants droit

Les garanties cessent à la date à laquelle :

- ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit,
- leur radiation est demandée,
- vos garanties cessent.

Vous et vos ayants droit, une fois radiés, ne pourrez plus bénéficier des présentes garanties. La radiation est définitive.

En l'absence de déclaration de votre radiation par votre employeur, nous pourrions réclamer le remboursement des sommes indûment versées.

Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ?

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer si votre contrat de travail est suspendu, et si vous êtes :

- bénéficiaire d'un maintien total ou partiel de rémunération de la part de votre employeur,
- ou
- en arrêt de travail, indemnisé à ce titre par le régime complémentaire financé au moins pour partie par votre employeur.

Quand pouvez-vous bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ?

En cas de cessation de votre contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, en dehors du cas de licenciement pour faute lourde, vous et vos ayants droit déclarés bénéficiez, à titre gratuit, du maintien de vos garanties.

Vous et vos ayants droit devez être couverts au titre du contrat, souscrit par votre employeur, au moment de la cessation de votre contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail.

La durée du maintien des garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée de votre dernier contrat de travail ou de la durée totale de vos contrats successifs chez un même employeur, appréciée en mois et arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage,
- la date d'effet de votre retraite Sécurité sociale,
- l'issue de la durée de maintien à laquelle vous avez droit, et ce dans la limite de douze mois,
- la date d'effet de la résiliation du contrat.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties vous sont appliquées ainsi qu'à vos ayants droit.

Vous êtes tenu de nous remettre les éléments suivants :

- la demande nominative de maintien des garanties,
- le justificatif de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- l'information relative à toute modification de votre situation entraînant la cessation du maintien des garanties ou toute modification de votre situation ou de celles de vos ayants droit.

Ces éléments nous permettront de déterminer les dates de début et de fin de la période de maintien.

En tant qu'ancien salarié, vous et vos ayants droit couverts à la date d'effet du contrat, par un autre organisme assureur, au titre de la portabilité, bénéficiez du maintien des garanties si vous continuez à remplir les conditions énoncées ci-dessus.

Maintien individuel de vos garanties après rupture de votre contrat de travail ou de celles de vos ayants droit à votre décès

Si vous êtes dans l'une des situations décrites ci-après voici les dispositions dont vous pouvez bénéficier le cas échéant :

Après rupture de votre contrat de travail, si vous bénéficiez de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement si vous êtes privé d'emploi, vous pouvez demander :

- à bénéficier du maintien des garanties frais de santé définies au contrat en conformité avec le dispositif de l'article 4 de la « Loi Évin » (contrat loi « Évin »)

ou

- à souscrire un contrat adapté à votre nouvelle situation hors du dispositif « Loi Évin » (contrat « d'accueil »)

A votre décès, si vous êtes salarié, vos ayants droit qui bénéficiaient des garanties du contrat du fait de votre affiliation peuvent également demander à bénéficier d'un maintien de leurs garanties (contrat loi « Évin ») ou à souscrire à un contrat adapté à leur nouvelle situation. (contrat d'accueil)

Le choix effectué en fonction de la situation doit nous parvenir par écrit.

1. Quel que soit le choix retenu :

Aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise.

La demande de souscription doit être faite au plus tard dans les six mois suivant la cessation de votre contrat de travail ou le terme de la portabilité ou votre décès.

Votre employeur doit nous informer de votre décès ou de la cessation de votre contrat de travail, éligibles au maintien individuel des garanties, dans un délai de trente jours afin de nous permettre d'adresser la proposition de couverture selon le cas à vos ayants droit en cas de décès de votre part ou à vous-même.

Les garanties prennent effet le jour de la demande et au plus tôt le lendemain de la cessation de votre contrat de travail ou du terme de la portabilité ou de votre décès.

2. Garanties proposées dans le cadre de l'article 4 de la loi « Évin » (contrat loi « Évin »)

Le maintien des garanties à :

- vous même en tant qu'ancien salarié est viager, vos ayants droit ne sont pas couverts ;
- vos ayants droit en cas de décès de votre part cesse au terme d'une période de 12 mois à compter dudit décès.

Le tarif applicable tiendra compte de la réglementation en vigueur à la date d'effet du maintien.

3. Garanties proposées hors du cadre de l'article 4 de la loi « Évin » (« contrat d'accueil »)

Le contrat qui vous est proposé en tant qu'ancien salarié s'adaptera à vos besoins de couverture de frais santé et à vos ressources. Il pourra permettre de couvrir vos ayants droit. Le tarif applicable tiendra compte de ces éléments.

Les cotisations

Les cotisations nous sont versées par votre employeur.

Les prestations

Quelles sont les prestations ?

Les garanties prennent en charge l'ensemble des prestations décrites dans la partie « Tableau de garanties », sous déduction ou en complément des remboursements versés par la Sécurité sociale le cas échéant et dans la limite des frais réellement engagés.

Les garanties respectent la législation et la réglementation en vigueur à la date des soins et seront adaptées en cas de modification de celles-ci.

Le montant et la date retenus pour les dépenses engagées sont ceux figurant sur le décompte de prestation de la Sécurité sociale ou sur votre facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle de votre employeur entraînera la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.

Critères du contrat responsable

Les garanties respectent **les obligations minimales et maximales légales et réglementaires** de prise en charge conformément aux dispositions du **contrat responsable** prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Ainsi, les garanties assurent obligatoirement :

- **la prise en charge du ticket modérateur** pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale, à l'exception des frais de cures thermales, des médicaments remboursés à 30 % et à 15 % et de l'homéopathie. **Il couvre notamment à hauteur du ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale,**
- **la participation forfaitaire** pour les actes mentionnés à l'article R.160-16 I du Code de la sécurité sociale,
- **la prise en charge intégrale du forfait journalier hospitalier**, sans limitation de durée,
- **la prise en charge des équipements optiques**, dans le respect de planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation.

La prise en charge d'un équipement optique est composée d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.

La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge au titre de vos garanties. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1^{er} élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale. (cas de l'adaptation par l'opticien d'une prescription sauf opposition du médecin, dans les conditions visées à l'article L. 4362-10 du Code de la santé publique).

Tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de notre part, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale.

Le contrat prévoit le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée regroupant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO) et respecte les plafonds de prise en charge prévus par la réglementation.

La liste des praticiens concernés est consultable sur ameli-direct.fr.

Toutefois, les garanties ne prennent pas en charge :

- **la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale,**
- **la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,**
- **les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).**

Quelles sont les autres limites de remboursement ?

Le total de nos remboursements, de ceux de la Sécurité sociale et ceux de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées telles que définies au paragraphe intitulé « Quelles sont les prestations ? ».

Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne donnera lieu à aucun report sur l'année suivante.

Tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, votre contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence (SMUR).

Les médicaments achetés sur Internet sont remboursés dans la mesure où ils ont été achetés sur des sites autorisés, l'autorisation étant donnée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente. La liste des sites autorisés est disponible sur le site de l'Ordre National des Pharmaciens (www.ordre.pharmacien.fr).

Forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale

Si vos garanties prévoient des forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale, ils sont indiqués au tableau de garanties.

Ces forfaits ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées.

Spécialités médicales non remboursées

Si ces spécialités sont prévues dans votre tableau de garanties, votre remboursement est conditionné à la présentation d'une facture établie par le praticien mentionnant le diplôme de celui-ci.

- **Ostéopathie et chiropractie** : ce forfait permet de couvrir les consultations liées à des actes d'ostéopathie, de chiropractie non remboursés par la Sécurité sociale, sur présentation d'une facture établie par le praticien.

Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Ils doivent avoir enregistré leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n°ADELI), système prévu par le Code de la santé publique.

Les chiropracteurs doivent être titulaires du titre de chiropracteur dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Ils doivent avoir enregistré leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n°ADELI), système prévu par le Code de la santé publique.

- **Hors ostéopathie et chiropractie** : ce forfait permet de couvrir les consultations liées à des actes d'acupuncture, de psychomotricien, de podologie/pédicurie, de diététicien, de psychologue et de tabacologue, non remboursés par la Sécurité sociale, sur présentation d'une facture établie par le praticien.

Les acupuncteurs doivent être des médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'Etat appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire.

Médicaments ou pharmacie, prescrits non remboursés par la Sécurité sociale

Si ce forfait annuel est prévu dans votre tableau de garanties, celui-ci permet de couvrir, sur présentation d'une facture détaillée, les médicaments et pharmacie prescrits non remboursés par la Sécurité sociale.

La facture doit être nominative et préciser le bénéficiaire du traitement ainsi que le nom du/des médicament(s) ou du/des produit(s) pharmaceutique(s).

Sevrage Tabagique

Si ce forfait annuel est prévu dans votre tableau de garanties, celui-ci permet de couvrir les dépenses liées aux traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...), en complément de celui prévu par la Sécurité sociale. Sont couverts, les substituts nicotiques figurant sur la liste de ceux remboursables par la Sécurité sociale disponible sur le site www.ameli.fr. La cigarette électronique n'est pas prise en charge au titre des garanties.

La demande de remboursement doit être accompagnée d'une prescription médicale et d'une facture nominative du pharmacien (désignation du médicament et du bénéficiaire du traitement) consacrée exclusivement aux substituts nicotiques.

Tiers payant

Le contrat souscrit par votre employeur vous permet ainsi qu'à vos ayants droit de bénéficier du mécanisme de tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Au-delà, le bénéfice du tiers payant peut être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximum ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux.

Il est rappelé que la carte de tiers payant que nous vous délivrons doit nous être restituée sans délai lorsque vous êtes radié des effectifs de l'entreprise.

Le contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle médical pour toute demande concernant les prestations au titre des garanties, avant ou après le paiement des prestations.

Nous pouvons avoir recours à une expertise médicale effectuée par un médecin expert de notre choix, dont les honoraires sont à notre charge. Si vous refusez de vous soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à une prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, vous devrez adresser à notre médecin-conseil ou dentiste consultant, dans les trente jours suivant la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés ainsi que le nom du médecin chargé de vous représenter dans une entrevue amiable avec le médecin expert que nous aurons désigné pour nous représenter.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de votre résidence, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En fonction des conclusions, nous pourrions ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

Quelles sont vos formalités déclaratives ?

Quand et comment nous déclarer vos ayants droit ?

Vous devez déclarer vos ayants droit, grâce au « bulletin individuel d'affiliation » :

- lors de votre affiliation,
- à chaque modification de votre situation familiale.

Vous devez joindre une photocopie de l'attestation jointe à votre carte vitale et un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestations.

De plus, pour justifier la qualité d'ayant droit, vous devez joindre les pièces suivantes :

- une photocopie de l'attestation jointe à la carte vitale pour chacun de vos ayants droit,

En cas de pacs ou de concubinage :

- une déclaration sur l'honneur signée des deux partenaires ou concubins,

Pour vos enfants à charge qui ne figurent pas sur votre attestation carte vitale :

- une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du contrat,

Le cas échéant, d'une copie :

- du certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année),
- du contrat d'apprentissage ou d'alternance ou de qualification,
- d'une attestation d'inscription à Pôle emploi,
- de la carte d'invalidité ou de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé.

En cas d'absence d'un de ces documents, les ayants droit concernés ne pourront pas bénéficier de la garantie frais de santé.

Comment obtenir un remboursement ?

Pour obtenir le premier remboursement, votre demande d'affiliation doit nous avoir été adressée par votre employeur.

Pour vous et les membres de votre famille indemnisés sous votre numéro de Sécurité sociale

Il existe une procédure de traitements automatiques des remboursements (NOEMIE) entre la Sécurité sociale et nous. Cette procédure vous permet, ainsi qu'aux membres de votre famille indemnisés sous votre numéro de Sécurité sociale, de ne rien nous adresser, sauf demande expresse, dès lors que la demande de remboursement a été adressée à la Sécurité sociale.

Pour s'assurer que vous n'avez rien à nous adresser, vous devez vérifier que la mention « décompte transmis à votre organisme complémentaire », ou une formule similaire, est indiquée sur votre décompte de la Sécurité sociale.

Si ce n'est pas le cas, vous devrez nous adresser l'original du décompte de la Sécurité sociale pour obtenir votre remboursement.

Si, pour procéder au remboursement, nous avons besoin d'une facture (optique, prothèse dentaire...), nous vous la réclamerons.

Si, par contre, vous n'avez pas adressé de demande de remboursement à la Sécurité sociale, par exemple parce que vous n'avez acquitté que le ticket modérateur, vous devez nous adresser votre reçu des sommes acquittées pour votre remboursement.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Si, en changeant de domicile, vous changez de caisse primaire d'assurance maladie, vous devez nous adresser une photocopie de votre nouvelle attestation de carte vitale pour continuer à bénéficier de la procédure NOEMIE.

Pour les membres de votre famille ayant leur propre numéro de Sécurité sociale

Vous devez déclarer sur votre bulletin individuel d'affiliation si ces derniers sont affiliés ou non à un organisme complémentaire.

Notre intervention diffère selon leur situation :

- s'ils sont affiliés à un organisme complémentaire, ils bénéficieront éventuellement d'un remboursement complémentaire de notre part après remboursement de l'organisme complémentaire et au vu de l'original du décompte qui leur aura été adressé par celui-ci,
- s'ils ne sont pas affiliés à un organisme complémentaire, ils bénéficieront de notre garantie et de la procédure NOEMIE dans les mêmes conditions que vous.

Dans le cas où votre conjoint, votre partenaire pacsé, votre concubin ou vos enfants à charge relève(nt) d'un régime particulier tel que :

- régime étudiant,
- régimes de la fonction publique,
- régimes spéciaux des travailleurs non salariés,
- régime minier,

il est nécessaire de nous adresser les originaux des décomptes de prestations de ces organismes ou de l'organisme complémentaire dont ils pourraient bénéficier en complément, pour que nous puissions intervenir à titre complémentaire ou surcomplémentaire.

A qui adresser vos courriers ?

Tous les courriers doivent être adressés à votre centre de gestion dont l'adresse figure sur votre carte de tiers payant santé.

Vous êtes tenu de signaler tout changement d'adresse et de coordonnées bancaires ou postales.

Les généralités du contrat

Pièces justificatives

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives.

Nous pourrions demander la transmission des originaux de toutes pièces permettant de justifier la dépense réelle engagée, avant ou après remboursement des prestations.

Dans l'attente de l'obtention de ces pièces, nous nous réservons le droit de suspendre le remboursement des prestations.

Si nous avons déjà procédé au remboursement, nous serons en droit de vous demander la restitution des sommes réglées indûment :

- dans le cas où les pièces demandées ne sont pas fournies dans un délai d'un mois après la demande,
- dans le cas où les pièces retournées ne permettent pas de confirmer le caractère régulier et légitime du remboursement.

Prescription

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Lorsque vous, votre entreprise ou le bénéficiaire intentez une action en justice à notre encontre et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à votre encontre, celle de votre entreprise ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par vos soins, votre entreprise ou le bénéficiaire.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé, prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu, de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception, soit que nous adressons à votre entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que vous ou vos ayants droit nous adressez en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Mobilités des assurés à l'étranger

Les soins effectués à l'étranger sont remboursés à la triple condition :

- que les soins aient été occasionnés lors d'un déplacement de moins de trois mois en dehors du territoire français ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale,
- d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale,
- d'avoir été engagés de manière inopinée et non programmée (soins urgents), sauf dans le cas particulier du détachement, pour les soins effectués dans le pays concerné.

Les remboursements complémentaires, établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale, sont effectués en euros, dans la limite des garanties. Le remboursement des soins pratiqués à l'étranger est aligné sur celui des professionnels de santé non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires sont plafonnées à hauteur du prix pratiqué en France pour des actes et des soins équivalents.

Subrogation

Lorsque vous ou un ayant droit êtes atteint d'une affection ou êtes victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, nous disposons d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

Vous êtes tenu de nous en informer lors des formalités de demande de prestations.

A qui vous adresser en cas de réclamation ?

En cas de difficultés dans l'application du contrat, vous et/ou les bénéficiaires et votre employeur pouvez contacter dans un premier temps votre conseiller ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée comme suit :

- Pour votre employeur : reclamation-entreprise-assurance@malakoffmederic.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.
- Pour vous et/ou les bénéficiaires : reclamation-particulier-assurance@malakoffmederic.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, vous et/ou les bénéficiaires et votre employeur pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, vous adresser au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), à l'adresse suivante :

255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15 ou par voie électronique : www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/la-mediation/ .

Informatique et libertés

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), vous reconnaissez que nous vous avons informé, en notre qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Nous avons désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier : Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Vos données à caractère personnel peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de nous ou d'autres sociétés de notre groupe auquel elles appartiennent; et ce y compris, en notre qualité d'organisme assureur, l'utilisation de votre NIR pour la gestion, le cas échéant, de vos risques d'assurance complémentaire santé et prévoyance (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014 (dit « Pack Assurance ») ;
- la gestion de vos avis sur les produits, services ou contenus que nous ou nos partenaires proposons ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à votre inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

Nous nous engageons à ne pas exploiter vos données personnelles pour d'autres finalités que celles précitées.

Vous reconnaissez que la collecte et le traitement de vos données à caractère personnel (en ce compris des données d'identification, des données relatives à votre situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à votre vie personnelle, à votre santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant votre santé, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à votre consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique votre signature du bulletin individuel d'affiliation vaut recueil de votre consentement.

Les destinataires de vos données à caractère personnel sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les services de notre groupe dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que, le cas échéant les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et les souscripteurs du contrat.

Vos données de santé sont destinées à notre Service médical et à toute personne placée sous la responsabilité dudit Service médical et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Nous nous engageons à ce que vos données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Vos données à caractère personnel relatives à votre santé sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec vous varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, de nos obligations légales et des prescriptions légales applicables.

Nous et nos partenaires nous engageons, (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement de vos données et (2) à notifier à la CNIL et vous informer en cas de violation de vos données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de ré-identification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

2. Vous disposez d'un droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité de vos données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par email à sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier à Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

Vous disposez également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

Lexique

Actes techniques médicaux

Participation forfaitaire, prévue à l'article L.160-13-II du Code de la sécurité sociale, à votre charge pour certains actes ou consultations pris en charge par l'assurance maladie et réalisés par un médecin en ville ou dans un établissement de santé (à l'exclusion notamment des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale.

Acupuncture

Il s'agit d'un traitement par implantation d'aiguilles visant à fluidifier la circulation de l'énergie dans le corps.

Base de remboursement

Il s'agit du tarif de base déterminé par la Sécurité sociale française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non conventionnés.

Chiropractie

Il s'agit d'une médecine naturelle qui a pour objet de diagnostiquer, traiter ou prévenir les troubles musculaires en se concentrant principalement sur la manipulation des terminaisons nerveuses.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signée par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).

Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.

Dépassements d'honoraires non pris en charge

Lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonnés, les médecins spécialistes sont autorisés à pratiquer des dépassements dans certaines limites pour chaque acte effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Forfait hospitalier

Il s'agit de la somme journalière à votre charge et dont le montant est fixé par arrêté.

Majoration de participation financière

Si vous n'avez pas de médecin traitant, ou si vous consultez directement un médecin sans prescription de votre médecin traitant (sauf en cas d'urgence ou de consultation en dehors du lieu de votre résidence habituelle) ou dans certains cas si vous refusez l'accès à votre dossier médical personnel, conformément aux dispositions des articles 3 et 7 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, une majoration du ticket modérateur sera effectuée.

Ostéopathie

Il s'agit d'un traitement manuel s'intéressant aux troubles fonctionnels du corps humain.

Régime obligatoire

Le régime de Sécurité sociale français auquel vous êtes affilié.

TA (tarif d'autorité)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TC (tarif de convention)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TFR (tarif forfaitaire de responsabilité)

Base de remboursement du régime obligatoire calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établie par arrêté ministériel.

TM (ticket modérateur)

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion de la contribution forfaitaire et de la majoration de participation financière maintenues à votre charge.

TR (tarif de responsabilité)

Cela vise :

- le tarif de convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- le tarif d'autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

Tiers payant (ou dispense d'avance de frais)

Paiement direct, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques par les organismes d'assurance complémentaire, à votre place.



malakoff médéric
humanis

SANTÉ – PRÉVOYANCE – RETRAITE – ÉPARGNE



AUXIA ASSISTANCE
SA au capital de 1 780 000 €
Entreprise régie par le code des assurances
Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris
351 733 761 RCS Paris