

OFFRE SANTÉ DES PROFESSIONS MÉDICALES

CONDITIONS GÉNÉRALES

Contrat collectif obligatoire Socle

Version en vigueur au 1^{er} octobre 2015

SOMMAIRE

1 DÉFINITIONS PRÉALABLES.....	4
2 GÉNÉRALITÉS	
2.1. Cadre juridique.....	5
2.2. Objet du contrat	5
2.3. Respect des critères de responsabilité	5
3 COMMUNICATION - RÉCLAMATION - MÉDIATION	
3.1. Droit d'accès et rectification	5
3.2. Contrôle	5
3.3. Réclamation et médiation	6
4 MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	
4.1. Souscription et affiliation	6
4.2. Date d'effet, durée, suspension et cessation de la garantie.....	7
4.2.1. Date d'effet et durée de la garantie.....	7
4.2.2. Suspension de la garantie du participant	7
4.2.3. Cessation de la garantie du participant	7
4.2.4. Maintien de la garantie en cas de rupture du contrat de travail indemnisée par l'assurance chômage	7
4.2.5. Résiliation de l'adhésion par l'Entreprise ou de l'Institution	8
4.3. Maintien de la garantie à titre individuel	8
4.3.1. En cas de rupture du contrat de travail	8
4.3.2. En cas de décès du participant	8
5 BASES DE CALCUL DES COTISATIONS	
5.1. Assiette des cotisations	8
5.1.1. Principes de base.....	8
5.1.2. Particularités.....	9
5.1.3. Modification de la garantie et des taux de cotisation	9
5.1.4. Paiement des cotisations et défaut de paiement.....	9
6 CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE	
6.1. Événements exclus.....	10
6.2. Fausse déclaration.....	10
6.3. Prescription.....	10
7 ÉTENDUE DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	
7.1. Généralités.....	10
7.2. Personnes garanties	11
7.3. Montant des prestations	12
8 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	
8.1. NOEMIE.....	12
8.2. Bon de prise en charge.....	12
8.3. Tiers payant.....	12
8.4. Pièces à fournir.....	13

1 Définitions préalables

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- Tarif de convention lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec la Sécurité sociale. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre la Sécurité sociale et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec la Sécurité sociale (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS (CAS)

Contrat souscrit sur la base du volontariat par certains professionnels de santé exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit à dépassement permanent par lequel ils s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de dépassement d'honoraires.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

ENTREPRISE OU ADHÉRENTE

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel défini au certificat d'adhésion, s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

FORFAIT HOSPITALIER

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Ce forfait n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

FRAIS RÉELS

Dépense réellement payée par les bénéficiaires de la garantie pour un acte médical donné.

GARANTIE

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

MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations d'un régime de Sécurité sociale française.

NOEMIE

« Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs ». Échanges d'informations entre les caisses nationales des régimes obligatoires d'assurance maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de protection sociale.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Parcours, faisant notamment intervenir le médecin traitant, que doit suivre l'assuré pour ne pas supporter certaines pénalités de remboursement de la sécurité sociale.

PARTICIPANT

Membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée définie au certificat d'adhésion.

PRESTATION

Exécution de la garantie par l'Institution.

TARIF FORFAITAIRE DE RESPONSABILITÉ (TFR)

Montant qui sert de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque, en fonction du prix du générique correspondant.

TICKET MODÉRATEUR (TM)

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

2 Généralités

2.1. CADRE JURIDIQUE

Les présentes dispositions constituent les Conditions Générales du contrat Offre Santé des Professions Médicales – Socle (référéncé SPMO), souscrit par l'Entreprise auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 4 rue Marie-Georges Picquart - 75017 Paris.

Le contrat prend effet à compter de la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion et se termine le 31 décembre de l'année en cours. Il se renouvellera ensuite pour un an par tacite reconduction, au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec avis de réception adressée au moins deux mois avant l'échéance.

Ce contrat est collectif à adhésion obligatoire, régi par le Code de la Sécurité sociale, et exclusivement soumis à la loi française.

L'Entreprise souscriptrice, ci-après dénommée « l'Adhérente » ou « l'Entreprise », devient « Membre adhérent » de KLESIA Prévoyance, à compter de la date d'effet du contrat figurant au certificat d'adhésion.

Ce contrat met en œuvre le niveau des garanties d'assurance complémentaire santé définies par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L.911-7 du code de la Sécurité sociale.

2.2. OBJET DU CONTRAT

Ce contrat prévoit le remboursement, dans la limite des frais réellement engagés par le participant ou ses ayants droit, de tout ou partie des dépenses occasionnées par suite d'une maladie, de maternité ou d'accident et ayant donné lieu au versement de prestations en nature par la Sécurité sociale.

Les présentes Conditions Générales définissent les engagements réciproques de l'Entreprise et de l'Institution, en particulier les conditions de prise en charge des garanties par celle-ci.

2.3. RESPECT DES CRITÈRES DE RESPONSABILITÉ

Les garanties frais de santé sont en conformité avec les exigences posées par les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale relatifs aux contrats dits « responsables ».

En conséquence :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale n'est prise en charge ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale de janvier 2005 pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1 ;
- l'Institution respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursement de prestations).

Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables.

3 Communication - Réclamation - Médiation

3.1. DROIT D'ACCÈS ET RECTIFICATION

L'Entreprise et le Participant sont protégés par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et disposent en conséquence d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motif légitime et de suppression de toute information les concernant, qui figurerait sur le fichier à l'usage de l'Institution, de ses mandataires et de ses réassureurs.

Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante :

Service INFO CNIL

Rue Denise Buisson - 93554 Montreuil Cedex
accompagné d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité ou par mail à l'adresse suivante :
info.cnil@klesia.fr

3.2. CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe au 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

3.3. RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Pour toute réclamation relative au fonctionnement du contrat, l'Entreprise ou le Participant doit s'adresser en priorité à l'adresse suivante :

Gras Savoye - SANTÉ

TSA 84 256

77283 AVON Cedex

serviceclient@grassavoye.com

Tél : 0972 722 300

Après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, l'Adhérente, le Participant ainsi que le bénéficiaire ou l'ayant droit, peut, afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant à l'Institution, s'adresser par courrier au Médiateur du CTIP à l'adresse suivante : 10 rue Cambacérès - 75008 Paris.

4 Mise en œuvre du contrat

4.1. SOUSCRIPTION ET AFFILIATION

Affiliation des participants

Ce contrat étant un contrat collectif à adhésion obligatoire, l'Entreprise doit obligatoirement y affilier la totalité des salariés appartenant à la/aux catégories bénéficiaires définies au certificat d'adhésion.

Les salariés appartenant à une catégorie bénéficiaire lors de la souscription du contrat doivent y être affiliés à compter de la date d'effet du contrat figurant sur le certificat d'adhésion.

L'Entreprise s'engage également à y affilier obligatoirement tous les salariés appartenant à la catégorie bénéficiaire qu'elle embauchera postérieurement à la souscription du contrat ainsi que tous ceux qui viendront à être promus dans la catégorie de personnel bénéficiaire postérieurement à ladite souscription.

Conditions d'admission

Seuls les salariés assujettis au régime général de la Sécurité sociale française, au régime spécifique des départements de la Moselle (57), du Bas-Rhin (67) et du Haut-Rhin (68), ou au régime de la Mutualité sociale agricole, et dont le contrat de travail est en cours de validité lors de l'adhésion ou postérieurement à celle-ci, peuvent bénéficier des dispositions du présent contrat.

Informations à fournir par l'entreprise

Lors de la souscription du contrat, l'Entreprise doit adresser à l'Institution :

- un bulletin d'adhésion précisant la ou les catégories de personnel à assurer ainsi que les garanties souhaitées et leur niveau de prestations ;
 - les bulletins d'affiliation des salariés à assurer ;
 - une liste du personnel des catégories à assurer.
- En cas de modification du régime à la demande de l'Adhérente, celle-ci doit adresser à l'Institution :
- un ordre de modification précisant les catégories visées et les garanties souhaitées ;
 - un état du personnel présent.

En cours de contrat, l'Entreprise s'engage :

- à communiquer à l'Institution tout élément susceptible d'entraîner une modification de la nature ou de l'importance des garanties ;
- à informer immédiatement l'Institution de toute modification d'adresse, de raison sociale ou d'opération juridique (fusion, scission, location-gérance...).

Mouvements de personnel

L'Entreprise transmet au moins trimestriellement à l'Institution la liste des nouveaux salariés, dès leur entrée dans la catégorie assurée.

L'Entreprise doit également informer l'Institution des changements de situation du personnel, préciser la date et les motifs de ces changements de situation (maladie, retraite, licenciement, congé sans solde, suspension du contrat de travail en précisant sa cause...) et si besoin restituer la carte de tiers payant du Participant.

Déclaration annuelle

À la fin de chaque année civile, l'Entreprise transmet à l'Institution un état récapitulatif du personnel assuré, précisant les mouvements intervenus, leur date et leur motif.

Documents à fournir par l'institution

L'Institution adresse à l'Entreprise :

- les Conditions Générales du contrat, accompagnées du certificat d'adhésion précisant la ou les catégorie(s) de personnel assurée(s) la nature, le montant et le niveau des garanties choisies et leur date d'effet ;
- la notice d'information du contrat.

Conformément à l'article L 932-6 du Code de la Sécurité sociale, il appartient à l'Entreprise de remettre à chaque Participant un exemplaire de cette notice d'information, et de les informer, le cas échéant, des modifications apportées à leurs droits et obligations en cours de contrat. La preuve de la remise aux Participants de la notice

d'information et de la délivrance de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Entreprise.

4.2. DATE D'EFFET, DURÉE, SUSPENSION ET CESSATION DE LA GARANTIE

4.2.1. Date d'effet et durée de la garantie

La date d'effet de l'adhésion est indiquée sur le certificat d'adhésion. L'adhésion est conclue pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'entreprise adhérente ou l'Institution dans les conditions définies à l'article 4.2.5 ci-dessous.

En cours d'adhésion, pour les nouveaux salariés ou les salariés changeant de catégorie, les garanties prennent effet à compter du jour de leur embauche ou de leur entrée dans la catégorie participante, si la déclaration en est faite à l'Institution dans les quatre-vingt-dix jours.

En cas de résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Entreprise sous réserve du respect des délais de résiliation, les garanties résiliées cessent au 31 décembre à minuit de l'exercice en cours.

4.2.2. Suspension de la garantie du participant

La garantie est suspendue de plein droit lorsqu'aucune rémunération ou aucune indemnité journalière complémentaire financée au moins pour partie par l'employeur n'est versée, pour les participants qui sont, par exemple, dans les cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L 3142-91 et suivants du Code du Travail ;
- congé parental d'éducation visé aux articles L 1225-47 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L 3142-78 et suivants du Code du Travail ;
- ou tout autre motif de suspension du contrat de travail non rémunéré.

La suspension de la garantie intervient à la date de la cessation effective du travail dans l'Entreprise. Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Un maintien de la garantie Frais de santé pour les Participants dont le contrat de travail est suspendu peut être proposé, à titre onéreux, sur demande expresse de l'Entreprise auprès de l'Institution.

4.2.3. Cessation de la garantie du participant

En cas de non-paiement des cotisations, conformément à l'article L 932-9 du Code de la Sécurité sociale, la garantie est suspendue puis résiliée.

La garantie cesse également :

- en cas de cessation d'appartenance du Participant à la catégorie assurée ;
- en cas de rupture du contrat de travail du Participant, quelle qu'en soit la cause, sauf si celle-ci intervient dans un cadre permettant de bénéficier du maintien des garanties ;
- en cas de résiliation du contrat ou de l'adhésion ;
- en cas de cessation d'activité ou de disparition de l'Entreprise ;
- en cas d'attribution au Participant de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf situation de poursuite ou de reprise d'une activité salariée au sein de l'Entreprise ;
- en cas de décès du Participant.

Toutefois, conformément aux dispositions de l'article 4 de la Loi Evin, une couverture Frais de santé peut être maintenue à titre individuel au Participant ou à ses ayants droit, dans les conditions prévues au paragraphe 4.3.

4.2.4. Maintien de la garantie en cas de rupture du contrat de travail indemnisée par l'assurance chômage

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, les anciens salariés bénéficient du maintien, à titre gratuit, de la garantie Frais de santé appliquée dans leur ancienne entreprise pendant leur période d'indemnisation du chômage, et pour une durée égale à celle de leur dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursement complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

Les anciens salariés doivent justifier auprès de l'Institution de leur prise en charge par l'organisme d'assurance chômage à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties.

Les anciens salariés perdent leur droit au maintien de leurs garanties s'ils retrouvent un emploi, en cas de radiation des listes du Pôle Emploi ou en cas de résiliation du contrat.

L'employeur doit signaler le maintien des garanties santé dans le certificat de travail et doit informer l'Institution de la rupture du contrat de travail.

4.2.5. Résiliation de l'adhésion par l'Entreprise ou l'Institution

L'Entreprise et l'Institution peuvent résilier l'adhésion en prévenant par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la fin de l'exercice civil avec prise d'effet au 31 décembre de l'exercice concerné.

En cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'Entreprise, l'adhésion pourra être résiliée conformément aux dispositions de l'article L 932-10 du Code de la Sécurité sociale.

Dans le cas où l'Entreprise ne compterait plus de personnel actif ni d'anciens salariés bénéficiant de prestations dans le cadre de la présente adhésion, cette dernière deviendrait sans objet et serait résiliée.

Après résiliation, tout paiement de cotisation, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra, sauf demande expresse de l'Entreprise acceptée par courrier de l'Institution, constituer une remise en vigueur tacite des garanties.

4.3. MAINTIEN DE LA GARANTIE À TITRE INDIVIDUEL

4.3.1. En cas de rupture du contrat de travail

Les anciens salariés ayant quitté l'Entreprise qui bénéficient des prestations en espèces de la Sécurité sociale au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi*, d'un revenu de remplacement, peuvent, sans délai de carence et sans questionnaire médical, bénéficier à titre individuel du maintien de la couverture sans condition de durée, conformément à l'article 4 de la loi Evin.

La demande d'adhésion individuelle doit être formulée au plus tard dans les 6 mois suivant la date de rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivants la fin de la période pendant laquelle l'ancien salarié a bénéficié de la portabilité.

Afin de permettre à l'Institution de proposer aux anciens salariés le maintien d'une garantie individuelle, l'Entreprise doit informer l'Institution de la rupture du contrat de travail dès sa survenance.

La cotisation est payable d'avance par les participants. La lettre d'acceptation de l'Institution comportera la garantie, la date d'effet et le montant de la cotisation.

4.3.2. En cas de décès du participant

Les ayants droit garantis du Participant décédé peuvent continuer à bénéficier, à titre individuel, du maintien de la couverture conformément à l'article 4 de la Loi Evin, sans délai de carence et sans questionnaire médical, pour une durée de douze mois à compter du décès, à condition d'en faire la demande dans les six mois suivant le décès du Participant.

Afin de permettre à l'Institution de proposer aux ayant droits le maintien d'une garantie individuelle, l'entreprise doit informer l'Institution du décès du Participant dès connaissance de celui-ci.

La cotisation est payable d'avance par les personnes garanties. La lettre d'acceptation de l'Institution comportera la garantie, la date d'effet et le montant de la cotisation.

5 Base de calcul des cotisations

5.1. ASSIETTE DES COTISATIONS

5.1.1. Principes de base

La garantie est assurée par l'Institution en contrepartie du paiement d'une cotisation dont le taux et l'assiette sont précisés au certificat d'adhésion.

La cotisation annuelle est calculée en fonction des dates d'entrée et de sortie éventuelles, de chaque Participant dans l'Entreprise ou la catégorie assurée.

La cotisation applicable à l'entreprise figure sur le certificat d'adhésion.

La cotisation annuelle peut être indexée au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet de chaque année, selon les dispositions du paragraphe 5.1.3.

* Pour les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement, les présentes dispositions ne s'appliquent éventuellement que dans le prolongement du dispositif relatif à la portabilité des droits tel que mentionné ci-dessus au paragraphe 4.2.4.

5.1.2. Particularités

Salariés à temps partiel ou à employeurs multiples

Il est précisé que pour les Participants qui exercent leur activité à temps partiel ou chez plusieurs employeurs, la cotisation est due dans son intégralité.

Salariés en arrêt de travail

La cotisation est due intégralement pour le salarié en arrêt de travail qui perçoit des prestations en espèces de la Sécurité sociale, tant qu'il figure sur les effectifs de l'Entreprise. Dès lors que le contrat de travail est rompu, seul un maintien individuel peut être envisagé selon les modalités définies au paragraphe 4.3.

5.1.3. Modification de la garantie et des taux de cotisation

La garantie et les taux de cotisation définis sur le certificat d'adhésion sont établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au moment de sa prise d'effet.

En cas de modification législative ou réglementaire entraînant une modification des engagements de l'institution, celle-ci se réserve la possibilité de modifier les garanties et/ou de réviser les cotisations.

L'Institution peut augmenter les taux de cotisation ou modifier les niveaux de garantie, en cas de déséquilibre dû à une sinistralité excessive du contrat.

L'institution informe l'entreprise de sa décision par lettre recommandée avec accusé de réception. Au cas où l'Entreprise refuserait expressément la modification des taux de cotisation ou des niveaux de garanties, dans un délai de trente jours suivant l'envoi de cette information, l'Institution procédera de plein droit à la résiliation de l'adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation sera alors effective au 31 décembre de l'exercice au cours duquel l'Institution aura notifié sa décision à l'Entreprise. Dans le cas d'une indexation au 1^{er} juillet, la résiliation sera effective au 30 juin de l'exercice considéré.

Les cotisations peuvent être indexées au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet de chaque exercice civil par l'application d'un taux qui dépend :

- de l'évolution des dépenses de santé prévue sur la base des éléments fournis par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie pour l'exercice en cours,

- de l'équilibre général des contrats comportant des garanties de même nature et de l'équilibre global du portefeuille de KLESIA Prévoyance.

Le rapport de compte prévu par l'article 15 de la loi Evin est établi sur la base d'une mutualisation entre toutes les entreprises adhérentes au présent contrat. En raison de cette mutualisation, l'institution ne pourra pas établir un compte de résultat propre à chaque entreprise adhérente.

5.1.4. Paiement des cotisations et défaut de paiement

Paiement des cotisations par l'entreprise

L'Entreprise est seule responsable du paiement des cotisations dont elle a la charge, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des Participants.

Les cotisations sont payables par l'entreprise trimestriellement à terme échu. La date d'exigibilité est fixée au premier jour du trimestre civil suivant la période couverte.

Un ajustement des cotisations est effectué en fin d'exercice afin de tenir compte de la situation exacte de chaque Participant dans l'Entreprise. Cet ajustement donne lieu, soit à remboursement du trop-perçu de cotisations, soit à paiement d'un complément par l'Entreprise.

Paiement des cotisations par le participant

Les cotisations afférentes aux ayants droit peuvent être appelées auprès de chacun des salariés. Le paiement est effectué mensuellement à terme à échoir par prélèvement automatique sur le compte du participant. Sur demande expresse du participant, ces cotisations peuvent être payées mensuellement, par chèque.

Défaut de paiement

À défaut de paiement des cotisations aux échéances prévues, une lettre recommandée avec accusé de réception de l'Institution sera adressée à l'Entreprise. La garantie sera suspendue puis l'adhésion résiliée selon les modalités de l'article L 932-9 du Code de la Sécurité sociale.

En cas de non paiement des cotisations par le participant dans les 10 jours suivant les échéances prévues, KLESIA Prévoyance le met en demeure, par lettre recommandée d'en acquitter le montant. À compter du 11^e jour, la garantie est suspendue. Si dans les 40 jours suivants la mise en demeure, les cotisations ne sont pas versées, l'adhésion est résiliée.

Cette résiliation ne libère pas le participant du paiement des cotisations dues et KLESIA Prévoyance se réserve la faculté de procéder à leur recouvrement par toute voie de droit.

En cas de non-paiement des cotisations par l'entreprise, les garanties des ayants droit sont également suspendues puis résiliées.

6 Conditions de mise en œuvre de la garantie

6.1. ÉVÉNEMENTS EXCLUS

Cette clause ne s'applique pas aux obligations de prise en charge minimale du ticket modérateur fixées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ceci précisé, les frais qui ne sont pas pris en charge par l'Institution, sous réserve des dispositions prévues dans le détail des garanties souscrites par l'Entreprise, sont les suivants :

- les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale ;
- l'allocation maternité aux enfants du Participant ou de son conjoint, son concubin ou de la personne liée par un PACS, même s'ils sont à leur charge ;
- en cas d'hospitalisation, les frais d'hébergement relatifs aux établissements de long séjour ;
- les frais de séjours en sanatorium, préventorium ou aérium, effectués dans un établissement non agréé par la Sécurité sociale ;
- en cas de cure thermale, tous les frais annexes à la cure, en particulier les frais de transport et d'hébergement ;
- les lentilles de couleur non correctrices, ainsi que tous les produits d'entretien ;
- les cures et opérations de rajeunissement et de remise en forme ainsi que leurs suites ;
- les interventions de chirurgie esthétique de toute nature ainsi que leurs suites, sauf celles reconnues et prises en charge par la Sécurité sociale au titre de la chirurgie réparatrice.

Les actes non remboursés par la Sécurité sociale française ne sont pas pris en charge, sauf dispositions spécifiques prévues au certificat d'adhésion.

6.2. FAUSSE DÉCLARATION

Les garanties sont annulées en cas de fausse déclaration intentionnelle ou de réticence, conformément aux dispositions de l'article L 932-7 du Code de la Sécurité sociale. Dans ce cas, les cotisations demeurent acquises à l'Institution.

6.3. PRESCRIPTION

Toutes actions susceptibles d'être intentées par l'Entreprise, le Participant, ses ayants droit ou l'Institution sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a 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.

7 Étendue de la garantie frais de santé

7.1. GÉNÉRALITÉS

Tous les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, soins dentaires, etc. entrant dans la nomenclature et ayant donné lieu à remboursement de la Sécurité sociale française entrent en considération pour la détermination des prestations versées par l'Institution dans les conditions et limites prévues contractuellement.

Dans certains cas, les frais non remboursés par la Sécurité sociale française peuvent donner lieu à remboursement dans les conditions prévues sur le certificat d'adhésion. L'Institution calcule alors les prestations qui auraient été versées par la Sécurité sociale française si elle les avait prises en charge, puis détermine le montant des prestations prévues par la présente garantie.

Les frais engagés à l'étranger pendant de courts séjours sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale française, dans les limites de garantie prévues aux conditions particulières.

En aucun cas, l'Institution ne prendra en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale française.

Honoraires des médecins en ville et à l'hôpital

Les garanties sont différentes selon que le médecin consulté adhère ou non au Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Optique

Conformément à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales,

la prise en charge des lunettes est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 2 ans pour les adultes et par période d'un an pour les mineurs.

En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la période de 2 ans est réduite à un an.

L'évolution de la vue doit être justifiée, soit par une prescription médicale précisant le changement de correction, soit par le devis ou la facture de l'opticien précisant la nouvelle correction en cas de renouvellement des lunettes par ce dernier.

Les périodes de 2 ans pour les adultes et d'un an pour les mineurs sont fixes. Elles commencent à compter de la date d'achat de l'équipement optique et s'achèvent deux ans après (adultes) ou un an après (mineurs).

Lorsque le Participant effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après (adultes) ou un an après (mineurs).

Si le Participant présente un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne peut ou ne souhaite pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties du contrat couvrent une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Sevrage tabagique

Les frais en rapport avec les cigarettes électroniques ne sont pas remboursés.

7.2. PERSONNES GARANTIES

Le Participant assuré est bénéficiaire de la garantie prévue au présent contrat pour les frais de santé engagés pour lui-même.

Il a également droit, s'il choisit d'affilier ses ayants droit, dans les conditions prévues au certificat d'adhésion, au remboursement des frais engagés par :

- son conjoint, marié ou lié au Participant par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- son concubin, tel que défini ci-dessous ;
- ses enfants célibataires, ou ceux de son conjoint ou de son concubin, sous les conditions précisées ci-dessous.

Est considérée comme concubin la personne remplissant les critères cumulatifs suivants :

- elle vit sous le même toit que le Participant ;
- elle est libre de tout lien conjugal et de tout lien de PACS ;
- le Participant est libre de tout lien conjugal et de tout lien de PACS.

Sous réserve de dispositions spécifiques prévues sur le certificat d'adhésion, peuvent être couverts par la garantie Frais de santé, les enfants du Participant ou de son conjoint ou concubin, remplissant l'une des conditions suivantes :

- être considérés par la Sécurité sociale comme à la charge du Participant, ou de son conjoint ou concubin, en application de l'article L 313-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- être âgés de moins de 24 ans s'ils finissent leur cycle secondaire ;
- être âgés de moins de 28 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études, y compris dans l'Union Européenne, et sont affiliés à un régime obligatoire de protection sociale au titre du régime des étudiants ou des assurés volontaires ;
- être âgés de moins de 26 ans et en contrat d'apprentissage, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime de prévoyance au titre de leur activité salariée ;
- être âgés de moins de 26 ans et titulaires d'un contrat de travail destiné à favoriser l'insertion dans la vie professionnelle (contrat de professionnalisation, CAE – contrat d'accompagnement dans l'emploi –, etc.), ou d'un contrat similaire, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime de prévoyance au titre de cette activité ;
- être handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires avant leur 21^e anniversaire de la carte d'invalidité civil.

Justificatifs à fournir

Dans tous les cas, une copie de l'attestation Vitale du Participant et de chaque personne garantie.

Pour la couverture du conjoint lié par un PACS, une copie de l'attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance du domicile du Participant ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS et un justificatif de domicile commun.

Pour la couverture du concubin, le décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun (titre de propriété, avis d'imposition, quittance de loyer, assurance du logement, factures de gaz, électricité, téléphone, etc.).

Pour la couverture des enfants, selon le cas :

- un certificat de scolarité délivré par l'établissement d'enseignement indiquant les dates de début et de fin d'études ;
- pour les étudiants, une attestation d'affiliation au régime de base de protection sociale concerné ;
- une copie du contrat de travail ou d'apprentissage ;
- une copie de la carte d'invalidité civil ;
- une attestation sur l'honneur précisant que l'enfant ne bénéficie pas d'un régime de prévoyance au titre de son activité salariée.

Tout changement de situation de famille doit être signalé à l'Institution, de même que les changements d'adresse, de compte bancaire (envoi d'un nouveau RIB indispensable) et de centre de Sécurité sociale.

7.3. MONTANT DES PRESTATIONS

Les montants de prestations prévus pour chaque acte couvert par la garantie Frais de santé sont précisés sur le certificat d'adhésion et sont exprimés sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.

Ces montants sont définis compte tenu des dispositions générales et des bases de remboursement de la Sécurité sociale française telles qu'elles existent au jour de l'édition du certificat d'adhésion. Si celles-ci venaient à changer, une modification de l'adhésion, à effet immédiat, pourrait être proposée à l'Entreprise.

Les prestations réglées ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Pour l'application de cette règle, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Si le conjoint ou le concubin du Participant est lui-même salarié, les prestations versées par l'Institution sont complémentaires à celles des régimes obligatoires de la Sécurité sociale française, et éventuellement à celles du contrat complémentaire santé dont il peut bénéficier personnellement.

Pour les traitements orthodontiques, le nombre de semestres pris en considération pour le paiement des prestations est limité à six et la durée du traitement de contention est limitée à deux ans.

8 Règlement des prestations

Les prestations dues au titre du présent contrat ne peuvent être versées qu'au Participant lui-même. Après réception complète des pièces justificatives mentionnées ci-après, les prestations sont versées dans les quinze jours ouvrés.

8.1. NOEMIE

Pour simplifier les démarches administratives, accélérer le processus de remboursement, l'assuré peut bénéficier de NOEMIE, Système de télé-transmission mis en place entre les Caisses Nationales d'Assurance Maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de protection sociale.

Le transfert des décomptes de Sécurité sociale numérisés est effectué directement à l'Institution, évitant ainsi au Participant d'envoyer les décomptes papier. Cependant, pour le traitement de certaines prestations, les pièces complémentaires mentionnées au paragraphe 6.6.4 peuvent être réclamées.

8.2. BON DE PRISE EN CHARGE

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné, l'Institution peut délivrer une prise en charge hospitalière. Dans ce cas, l'Institution règle directement à l'établissement hospitalier le complément de frais restant à la charge du Participant, à l'exclusion des frais accessoires, des soins externes, des cures thermales, des frais de transport et de maternité, et, le cas échéant, de tout dépassement d'honoraires.

L'Institution peut également délivrer un bon de prise en charge pour les soins dentaires.

8.3. TIERS PAYANT

Avec ce service, le Participant peut bénéficier, en fonction des garanties souscrites, de la dispense d'avance des frais (tiers payant) auprès d'un grand nombre de professionnels de santé conventionnés : pharmacies, laboratoires d'analyses (biologie), cabinets de radiologie, auxiliaires médicaux, centres de santé, soins externes, opticiens.

Le Participant peut bénéficier de ce service dès lors que la garantie frais de santé prévoit, au minimum, le remboursement de l'intégralité du ticket modérateur.

8.4. PIÈCES À FOURNIR

Pour obtenir le règlement de ses prestations, le Participant doit transmettre à l'Institution les pièces mentionnées ci-après :

- les décomptes originaux de remboursement de la Sécurité sociale ;
- les factures originales, acquittées, détaillées, mentionnant notamment les frais engagés au titre des dépassements d'honoraires ;
- le cas échéant, les décomptes originaux de remboursement de tout autre organisme de prévoyance (mutuelle, etc.) ;
- tout document complémentaire nécessaire à l'Institution pour régler la prestation, notamment ceux prévus ci-dessous.

Hospitalisation

- La facture acquittée de l'établissement hospitalier mentionnant les frais engagés, la participation de la Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, la codification de l'acte opératoire ;
- le reçu du ticket modérateur indiquant la nature des soins et la participation de la Sécurité sociale.

Cures thermales

Le décompte original de la Sécurité sociale.

Prothèses dentaires

- L'original de la facture détaillée et acquittée des frais engagés précisant la codification des travaux effectués.

Les prothèses dentaires dont le montant des frais à engager excède 3.050 € sont en outre soumises aux formalités suivantes, avant exécution des travaux :

Le Participant doit transmettre à l'Institution le devis du dentiste détaillé soin par soin. Le dentiste-conseil de l'Institution, après étude de ce document, indique au Participant la codification exacte des actes qui font l'objet d'un remboursement complémentaire : cette « entente préalable » doit être présentée au dentiste avant exécution des travaux, et jointe au dossier lors de la demande de remboursement.

Orthodontie

- La facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et de fin de semestre ;
- la notification éventuelle de la Sécurité sociale relative à un traitement de contention.

Optique

- La facture de l'opticien indiquant les frais réellement engagés pour les verres et la monture (facturés distinctement) ;
- pour les lentilles de contact correctrices, la facture détaillée des frais engagés ainsi que la prescription médicale datant de moins de deux ans.

NOTES

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

OFFRE SANTÉ DES PROFESSIONS MÉDICALES

CONDITIONS GÉNÉRALES

Contrat collectif facultatif
Surcomplémentaire

Version en vigueur au 1^{er} octobre 2015

SOMMAIRE

1 DÉFINITIONS PRÉALABLES.....	4
2 GÉNÉRALITÉS	
2.1. Cadre juridique.....	5
2.2. Objet du contrat	5
2.3. Respect des critères de responsabilité	5
3 COMMUNICATION - RÉCLAMATION - MÉDIATION	
3.1. Droit d'accès et rectification	5
3.2. Contrôle	6
3.3. Réclamation et médiation	6
4 MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	
4.1. Souscription et affiliation	6
4.2. Date d'effet, durée, suspension et cessation de la garantie.....	7
4.2.1. Date d'effet et durée de la garantie.....	7
4.2.2. Suspension de la garantie du participant	7
4.2.3. Cessation de la garantie du participant	8
4.2.4. Maintien de la garantie en cas de rupture du contrat de travail indemnisée par l'assurance chômage	8
4.2.5. Résiliation de l'adhésion par l'Entreprise ou de l'Institution	8
4.3. Maintien de la garantie à titre individuel	8
4.3.1. En cas de rupture du contrat de travail	8
4.3.2. En cas de décès du participant	8
5 BASES DE CALCUL DES COTISATIONS	
5.1. Assiette des cotisations	9
5.1.1. Principes de base.....	9
5.1.2. Particularités.....	9
5.1.3. Modification de la garantie et des taux de cotisation	9
5.1.4. Paiement des cotisations et défaut de paiement.....	9
6 CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE	
6.1. Événements exclus.....	10
6.2. Fausse déclaration.....	10
6.3. Prescription.....	10
7 ÉTENDUE DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	
7.1. Généralités.....	10
7.2. Personnes garanties	11
7.3. Montant des prestations	12
8 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	
8.1. NOEMIE.....	13
8.2. Bon de prise en charge.....	13
8.3. Tiers payant.....	13
8.4. Pièces à fournir.....	13

1 Définitions préalables

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de convention lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec la Sécurité sociale. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre la Sécurité sociale et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec la Sécurité sociale (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS (CAS)

Contrat souscrit sur la base du volontariat par certains professionnels de santé exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit à dépassement permanent par lequel ils s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de dépassement d'honoraires.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

ENTREPRISE OU ADHÉRENTE

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel défini au certificat d'adhésion, s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

FORFAIT HOSPITALIER

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Ce forfait n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

FRAIS RÉELS

Dépense réellement payée par les bénéficiaires de la garantie pour un acte médical donné.

GARANTIE

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

MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations d'un régime de Sécurité sociale française.

NOEMIE

« Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs ». Échanges d'informations entre les caisses nationales des régimes obligatoires d'assurance maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de protection sociale.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Parcours, faisant notamment intervenir le médecin traitant, que doit suivre l'assuré pour ne pas supporter certaines pénalités de remboursement de la sécurité sociale.

PARTICIPANT

Membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée définie au certificat d'adhésion.

PRESTATION

Exécution de la garantie par l'Institution.

TARIF FORFAITAIRE DE RESPONSABILITÉ (TFR)

Montant qui sert de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque, en fonction du prix du générique correspondant.

TICKET MODÉRATEUR (TM)

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

2 Généralités

2.1. CADRE JURIDIQUE

Les présentes dispositions constituent les Conditions Générales du contrat Offre Santé des Professions Médicales – Surcomplémentaire, référencé SPMF, souscrit par l'Entreprise auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 4 rue Marie-Georges Picquart – 75017 Paris.

Le contrat prend effet à compter de la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion et se termine le 31 décembre de l'année en cours. Il se renouvellera ensuite pour un an par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec avis de réception adressée au moins deux mois avant l'échéance.

Ce contrat est collectif à adhésion facultative, régi par le Code de la Sécurité sociale, et exclusivement soumis à la loi française.

L'Entreprise souscriptrice, ci-après dénommée « l'Adhérente » ou « l'Entreprise », devient « Membre adhérent » de KLESIA Prévoyance, à compter de la date d'effet du contrat figurant au certificat d'adhésion.

Ce contrat Offre Santé des Professions Médicales – Surcomplémentaire est composé d'une option collective facultative qui peut être souscrite en complément du contrat Offre Santé des Professions Médicales – Socle souscrit par l'entreprise. De ce fait, le présent contrat ne peut être souscrit et perdurer que pendant la durée du précédent contrat, sur lequel sa souscription repose.

En conséquence, il sera automatiquement résilié en cas de résiliation du contrat Offre Santé des Professions Médicales – Socle souscrit par l'entreprise adhérente.

2.2. OBJET DU CONTRAT

Ce contrat permet à chaque salarié d'améliorer individuellement sa couverture.

Il prévoit le remboursement, dans la limite des frais réellement engagés par le participant ou ses ayants droit, de tout ou partie des dépenses occasionnées par suite d'une maladie, de maternité ou d'accident et ayant donné lieu au versement de prestations en nature par la Sécurité sociale.

Les présentes Conditions Générales définissent les engagements réciproques de l'Entreprise et de l'Institution, en particulier les conditions de prise en charge des garanties par celle-ci.

2.3. RESPECT DES CRITÈRES DE RESPONSABILITÉ

Les garanties frais de santé sont en conformité avec les exigences posées par les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale relatifs aux contrats dits « responsables ».

En conséquence :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale n'est prise en charge ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale de janvier 2005 pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1 ;
- l'Institution respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursement de prestations).

Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables.

3 Communication - Réclamation - Médiation

3.1. DROIT D'ACCÈS ET RECTIFICATION

L'Entreprise et le Participant sont protégés par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, et disposent en conséquence d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motif légitime et de suppression de toute information les concernant, qui figurerait sur le fichier à l'usage de l'Institution, de ses mandataires et de ses réassureurs.

Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante :

Service INFO CNIL

Rue Denise Buisson - 93554 Montreuil Cedex
accompagné d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité ou par mail à l'adresse suivante :
info.cnil@klesia.fr

3.2. CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège se situe au 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

3.3. RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Pour toute réclamation relative au fonctionnement du contrat, l'Entreprise ou le Participant doit s'adresser en priorité à l'adresse suivante :

Gras Savoye - SANTÉ

TSA 84 256

77283 AVON Cedex

serviceclient@grassavoye.com

Tél : 0972 722 300

Après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, l'Adhérente, le Participant ainsi que le bénéficiaire ou l'ayant droit, peut, afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant à l'Institution, s'adresser par courrier au Médiateur du CTIP à l'adresse suivante : 10 rue Cambacérès - 75008 Paris.

4 Mise en œuvre du contrat

4.1. SOUSCRIPTION ET AFFILIATION

Souscription du contrat par l'entreprise

Le choix de l'option facultative est effectué par l'entreprise adhérente à la date de son adhésion.

Affiliation facultative des participants

Ce contrat étant un contrat collectif à adhésion facultative, les salariés de l'entreprise adhérente peuvent y adhérer individuellement afin d'améliorer leur couverture frais de santé et celle des ayants-droit définis au bulletin d'affiliation.

Durée d'affiliation à l'option facultative

L'affiliation du participant à l'option facultative est valable pour une durée minimale d'un an sans pouvoir être modifiée.

Le passage à un niveau inférieur est possible avant le terme d'un an en cas de :

- Changement de situation familiale :
 - Naissance ou adoption d'un enfant à charge ;
 - Mariage ou divorce ;
 - Début ou fin de concubinage ;
 - Début ou fin d'un PACS ;
 - Décès du participant ou de l'un de ses ayants-droit,

- Modification importante du contrat de travail du participant (ex : passage d'un emploi à temps plein à un emploi à temps partiel).

Date d'effet du changement

Le changement d'option est effectif le 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande auprès de l'Institution dans un délai de 2 mois avant l'échéance annuelle.

Les ayants droit bénéficient toujours du même niveau de garanties que celui choisi par le participant.

Conditions d'admission

Seuls les salariés assujettis au régime général de la Sécurité sociale française, au régime spécifique des départements de la Moselle (57), du Bas-Rhin (67) et du Haut-Rhin (68), ou au régime de la Mutualité sociale agricole, et dont le contrat de travail est en cours de validité lors de l'adhésion ou postérieurement à celle-ci, peuvent bénéficier des dispositions du présent contrat.

Seuls les salariés bénéficiant du contrat Offre Santé des Professions Médicales – Socle peuvent adhérer à ce contrat. Seuls les ayants droit du salarié couverts par le contrat Offre Santé des Professions Médicales – Socle peuvent être couverts par ce contrat.

Informations à fournir par l'entreprise

Lors de la souscription du contrat, l'Entreprise doit adresser à l'Institution :

- un bulletin d'adhésion précisant la ou les catégories de personnel à assurer ainsi que les garanties souhaitées et leur niveau de prestations ;
- les bulletins d'affiliation des salariés à assurer ;
- une liste du personnel des catégories à assurer.

En cas de modification du régime à la demande de l'Adhérente, celle-ci doit adresser à l'Institution :

- un ordre de modification précisant les catégories visées et les garanties souhaitées ;
- un état du personnel présent.

En cours de contrat, l'Entreprise s'engage :

- à communiquer à l'Institution tout élément susceptible d'entraîner une modification de la nature ou de l'importance des garanties ;
- à informer immédiatement l'Institution de toute modification d'adresse, de raison sociale ou d'opération juridique (fusion, scission, location-gérance...).

Mouvements de personnel

L'Entreprise doit informer l'Institution des changements de situation du personnel, préciser la date et les motifs de ces changements de situation (maladie, retraite, licenciement, congé sans solde, suspension du contrat de travail en précisant sa cause...) et si besoin restituer la carte de tiers payant du Participant.

Déclaration annuelle

A la fin de chaque année civile, l'Entreprise transmet à l'Institution un état récapitulatif du personnel assuré, précisant les mouvements intervenus, leur date et leur motif.

Documents à fournir par l'institution

L'Institution adresse à l'Entreprise :

- les Conditions Générales du contrat, accompagnées du certificat d'adhésion précisant la ou les catégorie(s) de personnel assurée(s) la nature, le montant et le niveau des garanties choisies et leur date d'effet ;
- la notice d'information du contrat.

Conformément à l'article L 932-6 du Code de la Sécurité sociale, il appartient à l'Entreprise de remettre à chaque Participant un exemplaire de cette notice d'information, et de les informer, le cas échéant, des modifications apportées à leurs droits et obligations en cours de contrat. La preuve de la remise aux Participants de la notice d'information et de la délivrance de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Entreprise.

4.2. DATE D'EFFET, DURÉE, SUSPENSION ET CESSATION DE LA GARANTIE

4.2.1. Date d'effet et durée de la garantie

Adhésion de l'entreprise adhérente

La date d'effet de l'adhésion de l'entreprise, retenue après acceptation de l'Institution, est indiquée sur le certificat d'adhésion. L'adhésion au contrat est conclue pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet, et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Affiliation du membre participant

Le salarié qui souhaite s'affilier doit remplir un bulletin individuel d'affiliation sur lequel il peut indiquer son choix d'ajouter l'option facultative retenue par l'entreprise.

Entrée en vigueur de la garantie de l'option choisie par le participant

La garantie de l'option facultative entre en vigueur :

- Soit à la date de prise d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion à l'option si le participant fait partie de la catégorie assurée et que cette affiliation est concomitante à la date de prise d'effet pour le participant de la garantie du contrat obligatoire Offre Santé des Professions Médicales – Socle ;
- Soit au 1^{er} janvier de chaque année si l'affiliation est postérieure à l'adhésion au contrat obligatoire Offre Santé des Professions Médicales – Socle.

Résiliation de l'affiliation par le participant

La résiliation de l'adhésion au contrat par le participant s'opère le 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve de l'envoi à l'Institution d'une lettre recommandée avec accusé de réception moyennant un délai de préavis de deux mois avant l'échéance annuelle.

Faculté de renonciation du participant

Le salarié peut renoncer à son adhésion pendant les 30 jours qui suivent la date du premier versement. Pour ce faire, il doit envoyer à l'Institution une lettre recommandée avec avis de réception selon le modèle proposé ci-dessous.

Nom, Prénom et adresse.....

Messieurs,

J'entends par la présente renoncer à mon affiliation à la garantie surcomplémentaire facultative complétant la garantie obligatoire.

Fait à.....Le.....

Signature de l'assuré

Les sommes versées à l'adhésion sont alors intégralement restituées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre, sous déduction des prestations versées.

4.2.2. Suspension de la garantie du participant

La garantie est suspendue de plein droit lorsqu'aucune rémunération ou aucune indemnité journalière complémentaire financée au moins pour partie par l'employeur n'est versée, pour les participants qui sont, par exemple, dans les cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L 3142-91 et suivants du Code du Travail ;
- congé parental d'éducation visé aux articles L 1225-47 et suivants du Code du Travail ;

- congé pour création d'entreprise visé aux articles L 3142-78 et suivants du Code du Travail ;
- ou tout autre motif de suspension du contrat de travail non rémunéré.

La suspension de la garantie intervient à la date de la cessation effective du travail dans l'Entreprise. Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Un maintien de la garantie Frais de santé pour les Participants dont le contrat de travail est suspendu peut être proposé, à titre onéreux, sur demande expresse de l'Entreprise auprès de l'Institution.

4.2.3. Cessation de la garantie du participant

La garantie cesse :

- En cas de non-paiement des cotisations par le participant selon la procédure prévue à l'article 5.1.4. du présent contrat ;
- En cas de résiliation par le participant de son adhésion au présent contrat Offre Santé des Professions Médicales – Surcomplémentaire ;
- En cas de résiliation par l'entreprise adhérente ou par l'Institution :
 - Soit du contrat Offre Santé des Professions Médicales- Socle
 - Soit du présent contrat Offre Santé des Professions Médicales – Surcomplémentaire.
- en cas de cessation d'activité ou de disparition de l'Entreprise adhérente ;
- en cas d'attribution au Participant de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf situation de poursuite ou de reprise d'une activité salariée au sein de l'Entreprise ;
- en cas de décès du Participant.

Toutefois, conformément aux dispositions de l'article 4 de la Loi Evin, une couverture Frais de santé peut être maintenue à titre individuel au Participant ou à ses ayants droit, dans les conditions prévues au paragraphe 4.3.

4.2.4. Maintien de la garantie en cas de rupture du contrat de travail indemnisée par l'assurance chômage

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, les anciens salariés bénéficient du maintien, à titre gratuit, de la garantie Frais de santé appliquée dans leur ancienne entreprise pendant leur période d'indemnisation du chômage, et

pour une durée égale à celle de leur dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursement complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

Les anciens salariés doivent justifier auprès de l'Institution de leur prise en charge par l'organisme d'assurance chômage à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties.

Les anciens salariés perdent leur droit au maintien de leurs garanties s'ils retrouvent un emploi, en cas de radiation des listes du Pôle Emploi ou en cas de résiliation du contrat.

L'employeur doit signaler le maintien des garanties santé dans le certificat de travail et doit informer l'Institution de la rupture du contrat de travail.

4.2.5. Résiliation de l'adhésion par l'Entreprise ou l'Institution

L'Entreprise et l'Institution peuvent résilier l'adhésion en prévenant par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la fin de l'exercice civil avec prise d'effet au 31 décembre de l'exercice concerné.

En cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'Entreprise, l'adhésion pourra être résiliée conformément aux dispositions de l'article L 932-10 du Code de la Sécurité sociale.

Dans le cas où l'Entreprise ne compterait plus de personnel actif ni d'anciens salariés bénéficiant de prestations dans le cadre de la présente adhésion, cette dernière deviendrait sans objet et serait résiliée.

Après résiliation, tout paiement de cotisation, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra, sauf demande expresse de l'Entreprise acceptée par courrier de l'Institution, constituer une remise en vigueur tacite des garanties.

Ce contrat est automatiquement résilié en cas de résiliation du contrat Offre Santé des Professions Médicales – Socle.

4.3. MAINTIEN DE LA GARANTIE À TITRE INDIVIDUEL

4.3.1. En cas de rupture du contrat de travail

Les anciens salariés ayant quitté l'Entreprise qui bénéficient des prestations en espèces de la

Sécurité sociale au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi*, d'un revenu de remplacement, peuvent, sans délai de carence et sans questionnaire médical, bénéficier à titre individuel du maintien de la couverture sans condition de durée, conformément à l'article 4 de la loi Evin.

La demande d'adhésion individuelle doit être formulée au plus tard dans les 6 mois suivant la date de rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivants la fin de la période pendant laquelle l'ancien salarié a bénéficié de la portabilité.

Afin de permettre à l'Institution de proposer aux anciens salariés le maintien d'une garantie individuelle, l'Entreprise doit informer l'Institution de la rupture du contrat de travail dès sa survenance.

La cotisation est payable d'avance par les participants. La lettre d'acceptation de l'Institution comportera la garantie, la date d'effet et le montant de la cotisation.

4.3.2. En cas de décès du participant

Les ayants droit garantis du Participant décédé peuvent continuer à bénéficier, à titre individuel, du maintien de la couverture conformément à l'article 4 de la Loi Evin, sans délai de carence et sans questionnaire médical, pour une durée de douze mois à compter du décès, à condition d'en faire la demande dans les six mois suivant le décès du Participant.

Afin de permettre à l'Institution de proposer aux ayants droits le maintien d'une garantie individuelle, l'entreprise doit informer l'Institution du décès du Participant dès connaissance de celui-ci.

La cotisation est payable d'avance par les personnes garanties. La lettre d'acceptation de l'Institution comportera la garantie, la date d'effet et le montant de la cotisation.

** Pour les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement, les présentes dispositions ne s'appliquent éventuellement que dans le prolongement du dispositif de la portabilité des droits tel que mentionné ci-dessus au paragraphe 4.2.4*

5 Bases de calcul des cotisations

5.1. ASSIETTE DES COTISATIONS

5.1.1. Principes de base

La garantie est assurée par l'Institution en contrepartie du paiement d'une cotisation dont le taux et l'assiette sont précisés au certificat d'adhésion.

La cotisation annuelle est calculée en fonction des dates d'entrée et de sortie éventuelles, de chaque Participant dans l'Entreprise ou la catégorie assurée.

La cotisation applicable au participant figure sur le certificat d'adhésion.

La cotisation annuelle peut être indexée au 1er janvier et au 1^{er} juillet de chaque année selon les dispositions du paragraphe 5.1.3.

5.1.2. Particularités

Salariés à temps partiel ou à employeurs multiples

Il est précisé que pour les Participants qui exercent leur activité à temps partiel ou chez plusieurs employeurs, la cotisation est due dans son intégralité.

Salariés en arrêt de travail

La cotisation est due intégralement pour le salarié en arrêt de travail qui perçoit des prestations en espèces de la Sécurité sociale, tant qu'il figure sur les contrôles de l'Entreprise. Dès lors que le contrat de travail est rompu, seul un maintien individuel peut être envisagé selon les modalités définies au paragraphe 4.3.

5.1.3. Modification de la garantie et des taux de cotisation

La garantie et les taux de cotisation définis sur le certificat d'adhésion sont établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au moment de sa prise d'effet.

En cas de modification législative ou réglementaire entraînant une modification des engagements de l'Institution, celle-ci se réserve la possibilité de modifier les garanties et/ou de réviser les cotisations.

L'Institution peut augmenter les taux de cotisation ou modifier les niveaux de garantie, en cas de déséquilibre dû à une sinistralité excessive du contrat.

L'institution informe l'entreprise de sa décision par lettre recommandée avec accusé de réception. Au cas où l'Entreprise refuserait expres-

sément la modification des taux de cotisation ou des niveaux de garanties, dans un délai de trente jours suivant l'envoi de cette information, l'Institution procédera de plein droit à la résiliation de l'adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation sera alors effective au 31 décembre de l'exercice au cours duquel l'Institution aura notifié sa décision à l'Entreprise. Dans le cas d'une indexation au 1^{er} juillet, la résiliation sera effective au 30 juin de l'exercice considéré.

Les cotisations peuvent être indexées au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet de chaque exercice civil par l'application d'un taux qui dépend :

- de l'évolution des dépenses de santé prévue sur la base des éléments fournis par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie pour l'exercice en cours,
- de l'équilibre général des contrats comportant des garanties de même nature et de l'équilibre global du portefeuille de KLESIA Prévoyance.

Le rapport de compte prévu par l'article 15 de la loi Evin est établi sur la base d'une mutualisation entre toutes les entreprises adhérentes au présent contrat. En raison de cette mutualisation, l'institution ne pourra pas établir un compte de résultat propre à chaque entreprise adhérente.

Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, la garantie restera acquise sur la base définie par le présent contrat avant cette date.

5.1.4. Paiement des cotisations et défaut de paiement

Le Participant est seul responsable du paiement des cotisations finançant l'option facultative à laquelle il aura choisi de souscrire.

Le paiement est effectué mensuellement à terme à échoir par prélèvement automatique sur le compte du participant. Sur demande expresse du participant, ces cotisations peuvent être payées mensuellement, par chèque.

À défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant les échéances prévues, KLESIA Prévoyance met en demeure, par lettre recommandée le participant d'en acquitter le montant. A compter du 11^e jour, la garantie est suspendue. Si dans les 40 jours suivants la mise en demeure, les cotisations ne sont pas versées, le participant est exclu de la garantie.

Cette exclusion ne libère pas le participant du paiement des cotisations dues et KLESIA Prévoyance se réserve la faculté de procéder à leur recouvrement par toute voie de droit.

6 Conditions de mise en œuvre de la garantie

6.1. ÉVÉNEMENTS EXCLUS

Cette clause ne s'applique pas aux obligations de prise en charge minimale du ticket modérateur fixées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ceci précisé, les frais qui ne sont pas pris en charge par l'Institution, sous réserve des dispositions prévues dans le détail des garanties souscrites par l'Entreprise, sont les suivants :

- **les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale ;**
- **l'allocation maternité aux enfants du Participant ou de son conjoint, son concubin ou de la personne liée par un PACS, même s'ils sont à leur charge ;**
- **en cas d'hospitalisation, les frais d'hébergement relatifs aux établissements de long séjour ;**
- **les frais de séjours en sanatorium, préventorium ou aérium, effectués dans un établissement non agréé par la Sécurité sociale ;**
- **en cas de cure thermique, tous les frais annexes à la cure, en particulier les frais de transport et d'hébergement ;**
- **les lentilles de couleur non correctrices, ainsi que tous les produits d'entretien ;**
- **les cures et opérations de rajeunissement et de remise en forme ainsi que leurs suites ;**
- **les interventions de chirurgie esthétique de toute nature ainsi que leurs suites, sauf celles reconnues et prises en charge par la Sécurité sociale au titre de la chirurgie réparatrice.**

Les actes non remboursés par la Sécurité sociale française ne sont pas pris en charge, sauf dispositions spécifiques prévues au certificat d'adhésion.

Les actes prévus par les garanties de ce contrat mais qui ont fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre des contrats Offre Santé des Professions Médicales - Socle ne sont pas remboursés.

6.2. FAUSSE DÉCLARATION

Les garanties sont annulées en cas de fausse déclaration intentionnelle ou de réticence, conformément aux dispositions de l'article L 932-17 du Code de la Sécurité sociale. Dans ce cas, les cotisations demeurent acquises à l'Institution.

6.3. PRESCRIPTION

Toutes actions susceptibles d'être intentées par l'Entreprise, le Participant, ses ayants droit ou l'Institution sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a 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.**

7 Étendue de la garantie frais de santé

7.1. GÉNÉRALITÉS

Tous les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, soins dentaires, etc. entrant dans la nomenclature et ayant donné lieu à remboursement de la Sécurité sociale française entrent en considération pour la détermination des prestations versées par l'Institution dans les conditions et limites prévues contractuellement.

Dans certains cas, les frais non remboursés par la Sécurité sociale française peuvent donner lieu à remboursement dans les conditions prévues sur le certificat d'adhésion. L'Institution calcule alors les prestations qui auraient été versées par la Sécurité sociale française si elle les avait prises en charge, puis détermine le montant des prestations prévues par la présente garantie.

Les frais engagés à l'étranger pendant de courts séjours sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale française, dans les limites de garantie prévues aux conditions particulières.

En aucun cas, l'Institution ne prendra en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale française.

Honoraires des médecins en ville et à l'hôpital

Les garanties sont différentes selon que le médecin consulté adhère ou non au Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Optique

Conformément à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale, la prise en charge des lunettes est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 2 ans pour les adultes et par période d'un an pour les mineurs.

En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la période de 2 ans est réduite à un an.

L'évolution de la vue doit être justifiée, soit par une prescription médicale précisant le changement de correction, soit par le devis ou la facture de l'opticien précisant la nouvelle correction en cas de renouvellement des lunettes par ce dernier.

Les périodes de 2 ans pour les adultes et d'un an pour les mineurs sont fixes. Elles commencent à compter de la date d'achat de l'équipement optique et s'achèvent deux ans après (adultes) ou un an après (mineurs).

Lorsque le Participant effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après (adultes) ou un an après (mineurs).

Si le Participant présente un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne peut ou ne souhaite pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties du contrat couvrent une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Plafond dentaire

Le contrat peut prévoir un plafond dentaire par année civile et par bénéficiaire. Ce plafond correspond au montant maximum qui sera remboursé chaque année civile pour les dépenses de prothèses dentaires, inlay core et d'implants de chaque bénéficiaire.

Lorsque le plafond dentaire est atteint, le contrat continue à rembourser le montant minimal prévu par le décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 pour les prothèses dentaires.

Parodontologie

Le forfait prévu dans le contrat couvre les dépenses de parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale.

Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale

Le forfait prévu dans votre contrat couvre uniquement des produits prescrits par un médecin.

Sevrage tabagique

Les frais en rapport avec les cigarettes électroniques ne sont pas remboursés.

7.2. PERSONNES GARANTIES

Le Participant assuré est bénéficiaire de la garantie prévue au présent contrat pour les frais de santé engagés pour lui-même.

Il a également droit, s'il choisit d'affilier ses ayants droit, dans les conditions prévues aux Conditions Particulières, au remboursement des frais engagés par :

- son conjoint, marié ou lié au Participant par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- son concubin, tel que défini ci-dessous ;
- ses enfants célibataires, ou ceux de son conjoint ou de son concubin, sous les conditions précisées ci-dessous.

Est considérée comme concubin la personne remplissant les critères cumulatifs suivants :

- elle vit sous le même toit que le Participant ;
- elle est libre de tout lien conjugal et de tout lien de PACS ;
- le Participant est libre de tout lien conjugal et de tout lien de PACS.

Sous réserve de dispositions spécifiques prévues sur le certificat d'adhésion, peuvent être couverts par la garantie Frais de santé, les enfants du Participant ou de son conjoint ou concubin, remplissant l'une des conditions suivantes :

- être considérés par la Sécurité sociale comme à la charge du Participant, ou de son conjoint ou concubin, en application de l'article L 313-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- être âgés de moins de 24 ans s'ils finissent leur cycle secondaire ;
- être âgés de moins de 28 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études, y compris dans l'Union Européenne, et sont affiliés à un régime obligatoire de protection sociale au titre du régime des étudiants ou des assurés volontaires ;
- être âgés de moins de 26 ans et en contrat d'apprentissage, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime de prévoyance au titre de leur activité salariée ;
- être âgés de moins de 26 ans et titulaires d'un contrat de travail destiné à favoriser l'insertion dans la vie professionnelle (contrat de professionnalisation, CAE – contrat d'accompagnement dans l'emploi –, etc.), ou d'un contrat similaire, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime de prévoyance au titre de cette activité ;
- être handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires avant leur 21^e anniversaire de la carte d'invalidité civile.

Justificatifs à fournir

Dans tous les cas, une copie de l'attestation Vitale du Participant et de chaque personne garantie.

Pour la couverture du conjoint lié par un PACS, une copie de l'attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance du domicile du Participant ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS et un justificatif de domicile commun.

Pour la couverture du concubin, le décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun (titre de propriété, avis d'imposition, quittance de loyer, assurance du logement, factures de gaz, électricité, téléphone, etc.).

Pour la couverture des enfants, selon le cas :

- un certificat de scolarité délivré par l'établissement d'enseignement indiquant les dates de début et de fin d'études ;
- pour les étudiants, une attestation d'affiliation au régime de base de protection sociale concerné ;
- une copie du contrat de travail ou d'apprentissage ;
- une copie de la carte d'invalidité civile ;
- une attestation sur l'honneur précisant que l'enfant ne bénéficie pas d'un régime de prévoyance au titre de son activité salariée.

Tout changement de situation de famille doit être signalé à l'Institution, de même que les changements d'adresse, de compte bancaire (envoi d'un nouveau RIB indispensable) et de centre de Sécurité sociale.

7.3. MONTANT DES PRESTATIONS

Les montants de prestations prévus pour chaque acte couvert par la garantie Frais de santé sont précisés sur le certificat d'adhésion. Les prestations sont indiquées sous déduction des remboursements opérés par le régime d'assurance maladie obligatoire et le contrat Offre Santé des Professions Médicales – Socle, dans la limite des frais réels.

Ces montants sont définis compte tenu des bases de remboursement de la Sécurité sociale française ainsi que des prestations remboursées par le contrat principal telles qu'elles existent au jour de l'édition du certificat d'adhésion. Si celles-ci venaient à changer, une modification de l'adhésion, à effet immédiat, pourrait être proposée à l'Entreprise.

Les prestations réglées ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du béné-

ficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Pour l'application de cette règle, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Si le conjoint ou le concubin du Participant est lui-même salarié, les prestations versées par l'Institution sont complémentaires à celles des régimes obligatoires de la Sécurité sociale française, et éventuellement à celles du contrat complémentaire santé dont il peut bénéficier personnellement.

Pour les traitements orthodontiques, le nombre de semestres pris en considération pour le paiement des prestations est limité à six et la durée du traitement de contention est limitée à deux ans.

8 Règlement des prestations

Les prestations dues au titre du présent contrat ne peuvent être versées qu'au Participant lui-même. Après réception complète des pièces justificatives mentionnées ci-après, les prestations sont versées dans les quinze jours ouvrés.

8.1. NOEMIE

Pour simplifier les démarches administratives, accélérer le processus de remboursement, l'assuré peut bénéficier de NOEMIE, Système de télétransmission mis en place entre les Caisses Nationales d'Assurance Maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de protection sociale.

Le transfert des décomptes de Sécurité sociale numérisés est effectué directement à l'Institution, évitant ainsi au Participant d'envoyer les décomptes papier. Cependant, pour le traitement de certaines prestations, des pièces complémentaires peuvent être réclamées.

8.2. BON DE PRISE EN CHARGE

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné, l'Institution peut délivrer une prise en charge hospitalière. Dans ce cas, l'Institution règle directement à l'établissement hospitalier le complément de frais restant à la charge du Participant, à l'exclusion des frais accessoires, des soins externes, des cures thermales, des frais de transport et de maternité, et, le cas échéant, de tout dépassement d'honoraires.

L'Institution peut également délivrer un bon de prise en charge pour les soins dentaires.

8.3. TIERS PAYANT

Avec ce service, le Participant peut bénéficier, en fonction des garanties souscrites, de la dispense d'avance des frais (tiers payant) auprès d'un grand nombre de professionnels de santé conventionnés : pharmacies, laboratoires d'analyses (biologie), cabinets de radiologie, auxiliaires médicaux, centres de santé, soins externes, opticiens.

Le Participant peut bénéficier de ce service dès lors que la garantie frais de santé prévoit, au minimum, le remboursement de l'intégralité du ticket modérateur.

8.4. PIÈCES À FOURNIR

Pour obtenir le règlement de ses prestations, le Participant doit transmettre à l'Institution les pièces mentionnées ci-après :

- les décomptes originaux de remboursement de la Sécurité sociale ;
- les factures originales, acquittées, détaillées, mentionnant notamment les frais engagés au titre des dépassements d'honoraires ;
- le cas échéant, les décomptes originaux de remboursement de tout autre organisme de prévoyance (mutuelle, etc.) ;
- tout document complémentaire nécessaire à l'Institution pour régler la prestation, notamment ceux prévus ci-dessous.

Hospitalisation

- la facture acquittée de l'établissement hospitalier mentionnant les frais engagés, la participation de la Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, la codification de l'acte opératoire ;
- le reçu du ticket modérateur indiquant la nature des soins et la participation de la Sécurité sociale.

Cures thermales

- le décompte original de la Sécurité sociale ;
- la (les) facture(s) détaillée(s) avec les frais d'hébergement, de transport, de soins et d'honoraires des médecins.

Prothèses dentaires

- l'original de la facture détaillée et acquittée des frais engagés précisant la codification des travaux effectués.

Les prothèses dentaires dont le montant des frais à engager excède 3 050 € sont en outre soumises aux formalités suivantes, avant exécution des travaux :

Le Participant doit transmettre à l'Institution le devis du dentiste détaillé soin par soin. Le dentiste-conseil de l'Institution, après étude de ce document, indique au Participant la codification exacte des actes qui font l'objet d'un remboursement complémentaire : cette « entente préalable » doit être présentée au dentiste avant exécution des travaux, et jointe au dossier lors de la demande de remboursement.

Orthodontie

la facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et de fin de semestre ;

- la notification éventuelle de refus de prise en charge de la Sécurité sociale et éventuellement celle relative à un traitement de contention.

Optique

- la facture de l'opticien indiquant les frais réellement engagés pour les verres et la monture (facturés distinctement) ;
- pour les lentilles de contact correctrices, la facture détaillée des frais engagés ainsi que la prescription médicale datant de moins de deux ans.

Chirurgie réfractive

- la facture originale détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés.

Parodontologie et implants

- la facture originale détaillée et acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués.

Acupuncture, ostéopathie, homéopathie, étio-pathie et chiropractie

Seules les séances auprès de professionnels diplômés dans la spécialité peuvent être remboursées.

- la facture originale détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés, et faisant apparaître les qualités citées ci-dessus.

Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale et médicalement prescrits

- la prescription médicale ;
- la facture originale détaillée et acquittée.

Participation aux frais de maternité ou d'adoption

- Un extrait d'acte de naissance de l'enfant né viable ou une copie lisible du livret de famille ou une copie lisible du jugement définitif d'adoption plénière.

