



Groupe Sanofi

Notice d'information Santé

Mise à jour au 1^{er} janvier 2014

Garanties réservées à l'ensemble du personnel

Votre entreprise a choisi de vous faire bénéficier des avantages d'un contrat d'assurance obligatoire collective.

Cette notice d'information est destinée à vous informer sur vos prestations Frais de Santé.

Les remboursements sont complémentaires aux prestations de la Sécurité sociale effectuées au titre de l'assurance maladie et maternité (sous réserve des risques exclus) et aux prestations du Régime Professionnel Conventionnel (RPC) pour les personnes pouvant en bénéficier.

SOMMAIRE

● **VOTRE COMPLEMENTAIRE SANTE** — page 41 • **Les personnes couvertes par le régime complémentaire des frais de santé** — page 4

1.1 Les conditions d'affiliation — page 4

1.2 Les bénéficiaires — page 4

2 • **Les prestations** — page 6

2.1 Les garanties prévues par le contrat — page 6

2.2 Les modalités de remboursement — page 8

● **DISPOSITIONS GENERALES** — pages 10 et 11

L'ensemble du personnel inscrit à l'effectif de l'une des sociétés du Groupe sanofi dont la liste est annexée à l'accord collectif signé le 9 mai 2007, ainsi que les personnes assimilées au sens de l'article L311-3, 11° et 12° du code de la Sécurité sociale, relevant d'un régime de Sécurité sociale français, **sont affiliés obligatoirement** au contrat Frais de Santé souscrit par le Groupe sanofi, y compris les salariés dont le contrat de travail est suspendu dans le cadre suivant :

- en congé «sans solde d'une durée prévisible inférieure ou égale à 6 mois»,
- en congé «épargne temps»,
- en congé «fin de carrière» dans le cadre de l'accord du 8 septembre 2005,
- à temps partiel, réduit ou convenu.

Est aussi affilié obligatoirement, le personnel :

- **en préretraite progressive,**
- **en préretraite "entreprise",**
- **détaché** ou **expatrié**, pour les soins effectués sur le territoire français et sous réserve d'être affilié au régime obligatoire français de la Sécurité sociale Française dans le cas d'un détachement ou à la Caisse des Français de l'Etranger dans le cas d'une expatriation,
- **appartenant à une entreprise non française du Groupe sanofi** et venant travailler sur le territoire français sous réserve d'être affilié au régime général de la Sécurité sociale Française ou d'un régime étranger assimilé à ce dernier,
- **appartenant à un régime de Sécurité sociale d'un Etat membre de l'Union Economique Européenne** et ne pouvant bénéficier dans cet Etat membre d'un régime professionnel de même nature ; les prestations versées au titre du présent contrat seront ajustées en fonction du régime de base de Sécurité sociale de l'Etat membre.



+ 1 • LES PERSONNES COUVERTES PAR LE REGIME COMPLEMENTAIRE DES FRAIS DE SANTE

1.1 • Les conditions d'affiliation

L'affiliation est effective à la date d'embauche du salarié, sans délai d'attente.

La couverture concerne le salarié lui-même, mais aussi sa famille (y compris son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, non à charge et bénéficiaire à titre personnel de la Sécurité sociale).

Chaque nouvel embauché remplit et signe une Déclaration d'Affiliation lors de son entrée en fonction.

Chaque salarié doit fournir à Dynalis toute déclaration et justification nécessaires. La qualité de participant lui est alors acquise.

Cas particulier des participants en congé rémunéré*

Les participants se trouvant en congé rémunéré sont couverts pendant toute la durée de l'indemnisation. Si la période ainsi définie est suivie d'une période de congé sans solde, le personnel reste garanti selon les dispositions prévues pour le personnel en congé sans solde d'une durée prévisible d'au plus 6 mois à compter de l'arrêt de l'indemnisation. A l'issue de cette période, pour conserver le bénéfice de prestations identiques, le participant devra souscrire une adhésion individuelle et régler la cotisation correspondante.

Si, à l'issue du congé total, le participant reprend le travail ou est en incapacité de travail, ou en invalidité, pour maladie ou accident, il sera à nouveau garanti à titre obligatoire par le présent contrat, dès le terme prévu de son congé.

* Exemple de congé rémunéré : congé pris au titre d'un compte épargne temps.

Participants en congé sans solde d'une durée prévisible inférieure ou égale à 6 mois

Le personnel en congé sans solde d'une durée prévisible d'au plus 6 mois est couvert pour la période des 6 premiers mois à compter de sa date de congé. S'il renouvelle la durée de son congé sans solde, pour conserver le bénéfice de prestations identiques, le participant devra souscrire une adhésion individuelle et régler la cotisation correspondante.

Si, à l'issue du congé total, le participant reprend le travail ou est en incapacité de travail, ou en invalidité, pour maladie ou accident, il sera à nouveau garanti à titre obligatoire, dès le terme prévu de son congé.

1.2 • Les bénéficiaires

→ **Le participant** affilié au contrat,

→ **Son conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin** (même bénéficiaire à titre personnel des prestations de la Sécurité sociale),

ATTENTION : Les conjoints, partenaires liés par un PACS ou concubins bénéficiant aussi d'une couverture complémentaire frais de santé s'engagent formellement à ne faire intervenir Dynalis qu'en second rang, après avoir fait intervenir leur propre garantie frais de santé.

→ **Leurs enfants à charge** tels que définis ci-dessous.

Est considéré comme enfant à charge, l'enfant à la charge du participant, de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin (dans le cas où le conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin bénéficie d'un régime frais médicaux pour l'enfant, la garantie n'intervient que pour un éventuel complément) :

- L'enfant de moins de 21 ans immatriculé sous le numéro de Sécurité sociale de l'un de ses parents
- Jusqu'au 31 décembre de l'année où se situe le 28ème anniversaire, l'enfant :
 - marié ou non
 - disposant ou non de ressources personnelles sous réserve :
 - qu'il soit considéré par l'administration fiscale comme étant à la charge du participant, de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin,
 - ou qu'il perçoive une rémunération inférieure ou égale à 81 % du SMIC en vigueur,
 - ou bénéficiant d'une pension alimentaire du participant, de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, figurant sur l'avis d'imposition de l'un des parents,
 - ou non à charge au sens fiscal, mais personnellement non imposable,

et poursuivant ses études en France ou à l'étranger, en étant :

- soit lycéen,
- soit régulièrement inscrit au régime de Sécurité sociale des étudiants ou à la CFE pour la garantie ouverte aux étudiants,
- soit préparant à l'étranger un diplôme dans un établissement qui, en France, ouvrirait droit à l'inscription de l'étudiant à un régime de Sécurité sociale,
- soit préparant un diplôme à l'étranger par l'intermédiaire du CNED reconnu par l'éducation nationale ou le ministère du travail.

● Est également bénéficiaire s'il remplit les conditions définies ci-dessus :

- L'enfant (définition ci-dessus) inscrit sous son propre numéro de Sécurité sociale et se trouvant sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation, s'il ne bénéficie pas d'une garantie frais de santé ailleurs, sous réserve qu'il perçoive une rémunération inférieure ou égale à 81 % du SMIC en vigueur,
 - L'enfant (définition ci-dessus) ayant terminé ses études et inscrit au pôle emploi à la recherche d'un emploi, au plus tard au 31 décembre où se situe le 28ème anniversaire et dans la limite d'une durée de 12 mois (sous réserve qu'il justifie d'une inscription au pôle emploi et ne perçoive pas une allocation supérieure à 81 % du SMIC),
 - L'enfant de plus de 21 ans en situation d'interruption provisoire de ses études pour raisons de santé (cette situation devant être justifiée par un certificat médical),
 - L'enfant (définition ci-dessus) atteint d'une infirmité ou d'une maladie chronique le mettant dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité rémunérée (cette situation devant être justifiée par un certificat médical),
 - L'enfant (définition ci-dessus mais sans limite d'âge) atteint d'une infirmité permanente et titulaire de la carte d'invalidité d'un taux supérieur ou égal à 80% ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalidité ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la Sécurité sociale ou d'un régime de Prévoyance,
 - L'enfant (définition ci-dessus mais sans limite d'âge) percevant les allocations prévues par la loi du 30/06/1975 sur les adultes handicapés et ayant ou non une activité rémunérée lui procurant des revenus inférieurs ou égaux à 81 % du SMIC en vigueur,
 - L'enfant, au retour de la période de Service National Volontaire est maintenu :
 - jusqu'au 31 décembre de l'année où se situe le 28ème anniversaire s'il reprend ses études,
 - dans la limite d'une durée de 12 mois, s'il est à la recherche d'un emploi (sous réserve de justifier d'une inscription au pôle emploi et de ne pas percevoir une allocation supérieure à 81 % du SMIC).
- La journée de préparation à la Défense n'interrompt pas la garantie au titre du présent contrat,
- L'enfant orphelin de père et de mère, jusqu'au 31 décembre de l'année où se situe le 28ème anniversaire s'il poursuit ses études, dont un des deux parents, ancien salarié de la société, serait décédé.

Sont aussi considérés comme personne à charge :

- le pupille (enfant orphelin de père et de mère ou pupille ayant un tuteur légalement désigné) dont le tuteur est le participant et répondant à la définition des enfants à charge ci-dessus,
- l'ascendant du participant, de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, à charge au sens de la Sécurité sociale.

Justificatifs à fournir pour l'inscription des bénéficiaires

Le participant doit adresser à Dynalis :

- pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro d'assuré social, une copie de l'attestation Sécurité sociale,
- pour le partenaire lié par un PACS, la copie de l'attestation d'engagement délivrée par le Tribunal d'Instance ,
- pour le concubin, une attestation sur l'honneur de concubinage accompagnée d'un justificatif de domicile (bail, quittance...) au nom de chaque concubin ou aux deux noms,
- pour les enfants à charge de plus de 16 ans, un justificatif approprié (certificat de scolarité, d'apprentissage, carte d'invalidité, certificat médical...).

Chaque année, en septembre/octobre, le participant doit faire parvenir un nouveau justificatif pour que les enfants à charge de plus de 16 ans continuent à être couverts.

- pour les autres personnes à charge, un justificatif approprié.



2 • LES PRESTATIONS

2.1 • Les garanties prévues par le contrat

Nos remboursements s'ajoutent à ceux de la Sécurité sociale effectués au titre de l'assurance maladie et maternité. Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent cependant donner lieu à un remboursement. **Le total des remboursements ne peut dépasser les frais réellement engagés.**

Les garanties mentionnées ci-dessous intègrent celles du RPC pour les personnes pouvant en bénéficier. En tout état de cause, le montant du remboursement ne pourra être inférieur à celui prévu par le RPC.

FR = Frais Réels - BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale - MR = Montant Remboursé par la Sécurité sociale - MR Théorique : si pas de prise en charge par la Sécurité sociale

Hospitalisation	HOSPITALISATION Y compris la maternité		
	Conventionné		100% des [FR limités à 600% de la BR] - MR
	Non conventionné		100% des [FR limités à 400% de la BR] - MR
	HONORAIRES CHIRURGICAUX y compris en médecine ambulatoire et en maternité		
	Conventionné		100% des [FR limités à 600% de la BR] - MR
	Non conventionné		100% des [FR limités à 400% de la BR] - MR
	FORFAIT JOURNALIER (dès le 1er jour - y compris les moyens séjours et la maternité)		100% du forfait journalier
	CHAMBRE PARTICULIERE (supplément) y compris pour la maternité		100% des FR limités à 4% du PMSS par jour
	LIT ACCOMPAGNANT (enfant jusqu'à 16 ans)		100% des FR limités à 2% du PMSS par jour
	TRANSPORT accepté par la Sécurité sociale		100% des [FR limités à 100% de la BR] - MR
Soins courants	CONSULTATIONS / VISITES		
	Généraliste	Conventionné	100% des [FR limités à 175% de la BR] - MR
		Non conventionné	90% des [FR limités à 200% de la BR] - MR
	Spécialiste	Conventionné	100% des [FR limités à 250% de la BR] - MR
		Non conventionné	90% des [FR limités à 275% de la BR] - MR
	ANALYSES	Conventionné	100% des FR - MR dans la limite de 40% de la BR
		Non conventionné	40% de la BR
	SOINS INFIRMIERS	Conventionné	100% des FR - MR dans la limite de 40% de la BR
		Non conventionné	180% de la BR
	KINESITHERAPEUTES ET AUTRES AUXILIAIRES MEDICAUX	Conventionné	100% des FR - MR dans la limite de 40% de la BR
		Non conventionné	180% de la BR
	MAJORATIONS jours fériés, nuit, déplacement (des médecins et auxiliaires médicaux)		mêmes conditions que la prestation principale
	ACTES DE SPÉCIALITÉ	Conventionné	100% des [FR limités à 600% de la BR] - MR
		Non conventionné	100% des [FR limités à 400% de la BR] - MR
RADIOLOGIE	Conventionné	100% des FR - MR dans la limite de 150% de la BR	
	Non conventionné	170% de la BR	
DENSITOMETRIE (Concerne l'ostéoporose)		100% des FR limités à 4% du PMSS	
PHARMACIE Vaccins prescrits remboursés par la SS ou non Substituts nicotiniques, sur prescription médicale, par an et par bénéficiaire		100% du Ticket Modérateur [100% BR-MR]	
		100% des FR - MR [s'il y a lieu]	
		50% des [FR limités à 14% du PMSS par an] - MR	
Dentaire	SOINS DENTAIRES	Conventionné	100% des [FR limités à 100% de la BR] - MR
		Non conventionné	170% de la BR
	PROTHESES DENTAIRES		
	Prises en charge par la SS		100% des [FR limités à 420% (ou 570%*) de la BR] - MR
	Non prises en charge par la SS ⁽³⁾		100% des [FR limités à 420% (ou 570%*) de la BR] - MR Théorique
	Implant (par dent)		100% des [FR limités à 375% de la BR d'une «couronne»] - MR Théorique [ou 33% du PMSS*]
Parodontie (traitement des gencives)		100% des FR limités à 15% du PMSS par an	
Onlay		100% des FR limités à 400% (ou 500%*) de la BR	
Autres hors nomenclature		néant	

* si présentation d'un devis préalable



Dentaire	ORTHODONTIE Prise en charge par la SS Non prise en charge par la SS	100% des [FR limités à 420% (ou 500%*) de la BR] - MR 100% des [FR limités à 420% (ou 500%*) de la BR] - MR Théorique } dans la limite de 6 semestres <i>* si présentation d'un devis préalable</i>
	OPTIQUE Monture maxi : 1 par an/par bénéficiaire ⁽¹⁾	100% des FR limités à 6% du PMSS
Optique	Verres ou lentilles prises en charge par verre/par lentille	100% des [FR limités à 4,5% du PMSS + 10 fois la BR (ou 4,5% du PMSS + 25 fois la BR*)] - MR <i>* si présentation d'un devis préalable</i>
	Lentilles non prises en charge ou jetables	maxi : 10% du PMSS par an et par bénéficiaire
	KERATECTOMIE	35% du PMSS par œil
Cures	CURES Soins acceptés par la SS Hébergement pris en charge ou non	comme frais médicaux 0,5% du PMSS par jour dans la limite de 21 jours
Appareillage	PROTHESES AUDITIVES (par appareil) Enfant < 16 ans (2 appareils) Adulte (1er appareil) Adulte (2ème appareil) Entretien prothèses auditives non pris en charge par la SS	100% des [FR limités à 250% de la BR] - MR (par appareil) avec un minimum de 1 000 € 100% des [FR limités à 64% du PMSS] - MR avec un minimum de 1 000 € 100% des [FR limités à 64% du PMSS] - MR Théorique 100% des FR limités à 10% du PMSS par an
	APPAREILLAGE Toutes catégories	100% des FR - MR, dans la limite de 185% de la BR
Autres	MATERNITE	Prise en charge au même titre que la maladie
	Pack médecine douce Ostéopathie ⁽²⁾ , Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Psychothérapie, Sophrologie, Psychomotricité et Homéopathie	100% des FR dans la limite de 30€ par séance et de 8 séances par an et par bénéficiaire
Prévention	ACTES DE PREVENTION (arrêté du 8 juin 2006) • Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sur 1ère et 2ème molaires avant le 14ème anniversaire • Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les assurés âgés de plus de 50 ans • Dépistage du cancer du colon • Dépistage de la polyarthrite rhumatoïde	100% des [FR limités à 100% de la BR] - MR Acte de radiologie médicale. Si non remboursé par la Sécurité sociale : 100% des [FR limités à 10% du PMSS] 100% des [FR limités à 100% de la BR] - MR. Si non remboursé par la Sécurité sociale : 100% des [FR limités à 5% du PMSS]

FR = Frais Réels - BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale (pour le non conventionné égale au tarif d'autorité) - MR = Montant Remboursé par la Sécurité sociale - MR Théorique : si pas de prise en charge par la Sécurité sociale - Ticket Modérateur = différence entre la base de remboursement et le montant remboursé.

(1) La limitation est portée à titre exceptionnel à deux paires en cas de prescription médicale pour une correction différente de celle de la précédente paire remboursée par le régime.

(2) Professionnel remplissant les conditions d'exercice définies à l'article 4 du décret du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie.

(3) Concerne les prothèses sur dents vivantes - les prothèses hors nomenclature ne sont pas couvertes.

TRAVAILLEUR FAMILIAL Intervention sortie d'hôpital ou après accouchement pour une famille avec au moins 2 enfants à charge	50% du forfait horaire (calculé sur un tarif horaire maximum de 20€) dans la limite de 40 heures par an
TIERS PAYANT	- Frais Pharmaceutiques - Frais d'Analyse et de laboratoire* - Radiologie* - Auxiliaire Masseur Kinésithérapeute* - Soins externes (sauf dentaire)*

(*) dans la limite du ticket modérateur et selon les dispositions des conventions passées avec les professionnels de la santé

LES SOINS ENGAGÉS HORS DE FRANCE

Les dépenses de soins exposées hors de France par les participants sont remboursées à hauteur des garanties prévues dans le tableau des garanties, sous réserve de la production des justificatifs des frais réellement engagés.

Dans le cas où le Régime français de Sécurité sociale ne prendrait pas en charge le remboursement desdites dépenses de soins (ou partiellement) les garanties seront exprimées en complément d'une prestation de base fictive définie par équivalence aux prestations en nature des branches maladie, maternité, accident du travail et maladie professionnelle du Régime Général de la Sécurité sociale française.





Les mots pour se comprendre

Nomenclature :

Liste codifiée des produits et actes donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale au titre des prestations en nature.

Base de Remboursement (BR) :

Assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR) :

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

Ticket Modérateur (TM) :

Part des frais de santé non remboursée par la Sécurité sociale égale à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) :

Plafond servant de base à la Sécurité sociale pour le calcul de ses cotisations et de ses prestations.

2.2 • Les modalités de remboursement

2-2.1 Le délai de règlement des prestations

Les remboursements sont effectués dans les 48 heures (hors délais de poste et bancaires) qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises. Ce délai est donné à titre indicatif. Ils sont versés par virement sur le compte bancaire ou postal du participant, pour les personnes bénéficiant de la télétransmission Noémie.

2-2.2 La prise en charge hospitalière en établissement conventionné

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, une prise en charge administrative est délivrée, sur simple demande de la part du participant ou de la part de l'établissement hospitalier. A l'exception des frais personnels, cette prise en charge dispense de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du Contrat. A défaut de prise en charge, le participant doit régler son séjour hospitalier à l'établissement et adresser la facture originale (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement ...) à Dynalis pour être remboursé.

Pour les établissements non conventionnés aucune prise en charge n'est prévue, le participant doit régler son séjour hospitalier à l'établissement et, pour être remboursé, adresser à Dynalis la facture originale (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement ...) ainsi que le décompte original de la Sécurité sociale ou le décompte original de prestations de l'organisme complémentaire pour les conjoints, partenaires liés par un PACS ou concubins bénéficiant d'une couverture frais de santé.

Pour obtenir une prise en charge, il suffit de transmettre par téléphone ou par courrier, les informations suivantes :

- Adresse du centre hospitalier,
- Date d'entrée dans le centre hospitalier,
- Nom, prénom et numéro de Sécurité sociale de l'assuré,
- Nom, prénom et numéro de Sécurité sociale de la personne hospitalisée.

2-2.3 Le remboursement des soins courants

La procédure Noémie

Pour accélérer les remboursements, le participant bénéficie automatiquement de la procédure Noémie (télétransmission directe avec les CPAM et remboursement par virement bancaire). Grâce à l'utilisation de la carte Vitale auprès des professionnels de santé, il n'y a plus aucune démarche à effectuer vis-à-vis de la CPAM ou de l'organisme complémentaire. Pour permettre l'enregistrement du régime complémentaire de frais de santé dans le système Noémie, le participant doit nous adresser la photocopie de l'attestation Vitale pour lui-même et ses bénéficiaires ainsi qu'un relevé d'identité bancaire.

Un message figurant sur chaque décompte de remboursement provenant de la CPAM confirme que les transmissions des données à Dynalis ont bien eu lieu. Si un des bénéficiaires ne peut bénéficier de Noémie (étudiants ou régimes spéciaux tels que SNCF, mines... ; conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS ayant sa propre mutuelle) ou si le participant refuse cette procédure, le décompte de remboursement Sécurité sociale ainsi que les éventuelles factures doivent nous être adressés.

Les bénéficiaires ayant un autre régime frais de santé, doivent nous envoyer l'original du décompte de prestation de la première mutuelle accompagné des éventuelles factures.



Attention :

C'est la date de l'exécution de l'acte qui est prise en compte et non celle de l'ordonnance, de la prescription ou de la demande de prise en charge Sécurité sociale.

2-2.4 Le service IDECLAIR

Dynalis met à la disposition du participant des formulaires de devis optique (monture, verres et lentilles prises en charge par la Sécurité sociale) et dentaire (prothèses, orthodontie), à faire compléter par les professionnels de santé. Cette procédure permet, avant l'engagement des frais, de connaître le montant pris en charge par le régime frais de santé et d'obtenir des conseils sur les devis établis.

Dans le cas où le devis est conforme à la bonne utilisation de la nomenclature et aux prix habituellement constatés par Dynalis pour le même type d'acte, le règlement de la part complémentaire sera directement adressé au praticien, sous réserve de l'accord de ce dernier.

Pour les frais de prothèses dentaires, d'orthodontie et d'optique (verres), l'utilisation du devis IDECLAIR au préalable, procure au participant un remboursement de la part complémentaire plus avantageux (voir tableau des garanties).

Ces formulaires sont disponibles auprès de Dynalis, de votre RH ou sur intranet is@RH France.

2-2.5 Le fonds de solidarité

Si vous rencontrez des difficultés financières liées à des dépenses de santé de caractère exceptionnel ou un handicap entraînant des frais importants, vous pouvez solliciter l'aide du fonds social. Pour cela, envoyez à Dynalis un courrier expliquant votre situation ou adressez-vous à l'assistante sociale, à votre interlocuteur RH.



Date d'envoi des dossiers :

Pour être indemnisé, le participant ou le bénéficiaire doit faire parvenir ses demandes de prestations accompagnées des justificatifs dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins mentionnés sur le décompte Sécurité sociale.

Les justificatifs à fournir pour les demandes de remboursement

	Bénéficiaire NOEMIE	Non bénéficiaire NOEMIE
Soins courants (consultation, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante ...)	Aucun document	Décompte original de la Sécurité sociale*
Optique**, Prothèses dentaires**, Orthodontie**	Facture détaillée Pour le dentaire, elle doit être codifiée selon la nomenclature de la SS et pourra être soumise au chirurgien dentiste conseil des organismes assureurs. Ces derniers pourront être amenés à modifier ou à refuser le montant pris en charge en cas de prothèses dentaires non prises en charge par la SS. Pour améliorer le remboursement un devis détaillé doit être transmis pour avis préalable.	Décompte original de la Sécurité sociale* en plus des justificatifs de la colonne ci-contre.
En cas de Tiers Payant avec la Sécurité sociale mais sans Tiers Payant avec Dynalis	Facture acquittée du Ticket Modérateur	
Médecine douce	Facture du praticien	
Lentilles et vaccins non pris en charge par la SS	Prescription médicale et facture correspondante	
Cure thermale	Facture acquittée du séjour	
Entretien prothèses auditives	Facture acquittée	
Dépistage du cancer du colon et de la polyarthrite rhumatoïde non remboursé par la SS	Facture acquittée précisant la nature de l'acte	
Travailleur familial	Bulletin de situation de l'établissement hospitalier. Facture acquittée de l'association comportant les coordonnées du travailleur familial, le nombre d'heures facturées et le taux horaire de rémunération.	

* ou le décompte original de prestations de l'organisme complémentaire pour les conjoints, partenaires liés par un PACS ou concubins bénéficiant d'une couverture Frais de Santé

** Le participant peut transmettre à Dynalis, pour avis préalable sur le montant de sa prestation, un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes pour améliorer le remboursement.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, les organismes assureurs ne sont redevables d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.



○ Cotisations

La répartition des cotisations entre l'entreprise et les participants est fixée par accord interne. L'entreprise est seule responsable du versement et du calcul des cotisations.

○ Fin de droits des participants

Le participant cesse de bénéficier des garanties :

- soit au terme de son contrat de travail notamment en cas de démission, licenciement ou de départ à la retraite,
- soit à la date de résiliation du contrat.

Toutefois certaines dispositions particulières définies ci-après sont prévues.

○ Maintien des garanties Frais de Santé :

Pour les salariés en arrêt de travail :

En l'absence de rupture du contrat de travail :

Les garanties Frais de Santé prévues sont maintenues au salarié en arrêt de travail pour maladie, maternité ou accident, moyennant le paiement de cotisations spécifiques.

Pour les participants dont le contrat de travail est rompu :

1. Peuvent continuer à bénéficier des garanties frais de santé, sans contrepartie de cotisations :
 - **pendant une durée de 9 mois suivant le terme de leur contrat de travail :** les anciens salariés ayant cotisé au titre du présent contrat au moins 6 mois de manière continue ou discontinuée, au titre d'une ou plusieurs entreprises.
Il s'agit du salarié :
 - licencié, effectivement inscrit comme demandeur d'emploi au pôle emploi,
 - démissionnaire, en cas de démission considérée comme «légitime» au regard de la convention d'assurance chômage, dès lors que le salarié est effectivement inscrit comme demandeur d'emploi au pôle emploi et justifie d'une indemnisation même différée de l'assurance chômage,
 - dont le contrat de travail a été rompu d'un commun accord par suite de son adhésion à une convention de reclassement personnalisé (CRP),
 - licencié, ayant adhéré à un congé de reclassement,
 - qui licencié, en arrêt de travail pour maladie à la date de la rupture de son contrat de travail, justifie avant la fin de la période de 9 mois d'une période de chômage avec inscription comme demandeur d'emploi au pôle emploi.
 - **pendant une durée maximale de 12 mois suivant le décès :** le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin et les enfants à charge d'un participant décédé sous réserve qu'ils conservent le bénéfice des prestations Sécurité sociale sous le n° d'immatriculation du participant.
2. Pour les participants dont le contrat de travail est rompu pour un motif autre que celui visé au point 1 ci-dessus, et qui bénéficient à ce titre d'une indemnisation par le régime d'assurance chômage, l'affiliation peut être maintenue dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 prévoyant la portabilité des droits.

Les prestations et les taux de cotisations sont identiques à ceux des salariés actifs.

Modalités d'application de l'ANI

Le maintien s'applique dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail du participant, pour une durée égale à son dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, sans pouvoir excéder 9 mois.

Les contrats de travail successifs, continus dans l'entreprise, sont assimilés au dernier contrat de travail.

Le participant s'engage :

- à fournir à l'entreprise, dans les 10 jours qui suivent la cessation du contrat de travail, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, ainsi que le «bulletin de demande de maintien des garanties prévoyance et frais de santé» dûment complété et signé.
Dans un délai de 20 jours à compter de la cessation du contrat de travail, l'entreprise se chargera d'adresser ces documents à notre organisme. A défaut, l'affiliation du participant est résiliée de plein droit à la date de rupture du contrat de travail.
- à fournir à notre organisme pour chaque demande de prestations, l'attestation de paiement des allocations chômage,
- à informer notre organisme de la cessation du versement des allocations chômage survenant au cours de la période de maintien des garanties.

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de maintien des droits au titre de la portabilité,
- dès lors que le participant ne justifie plus de sa prise en charge au Pôle Emploi,
- en cas de non-paiement de la part de cotisation du participant et/ou de l'entreprise.

○ Maintien de garanties à titre individuel

Peuvent continuer à bénéficier d'une couverture pour le remboursement des dépenses de santé, moyennant paiement de cotisations spécifiques et adhésion individuelle expresse, les participants suivants :

- les anciens salariés du Groupe sanofi bénéficiaires d'une prestation d'incapacité ou d'invalidité, éventuellement à l'expiration de la période de maintien gratuit prévue ci-dessus, sous réserve d'en faire la demande pendant cette période,
- les anciens salariés du Groupe sanofi bénéficiaires d'une allocation de chômage, éventuellement à l'expiration de la période de maintien gratuit prévue ci-dessus, sous réserve d'en faire la demande pendant cette période,
- les anciens salariés du Groupe sanofi bénéficiaires d'une prestation de retraite, sous réserve d'en faire la demande dans les 9 mois qui suivent la liquidation de leur retraite,
- les ayants droit des catégories d'anciens salariés du Groupe sanofi ci-dessus énumérées,
- les ayants droit du participant décédé, éventuellement au terme de la période de maintien gratuit mentionnée ci-



avant, sous réserve d'en faire la demande pendant les 6 premiers mois de cette période,

- les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération ni indemnisation, pour une durée prévisible supérieure à 6 mois. Dans ce cas, leur adhésion facultative peut prendre effet dès le premier jour de leur congé et en tout état de cause elle doit intervenir dans les 3 mois qui suivent le début du congé,
- les salariés dont le contrat de travail était suspendu pour une durée prévisible inférieure ou égale à 6 mois mais dont le congé est renouvelé de telle sorte que la durée totale du congé excède désormais 6 mois (renouvellement inclus) ; ils bénéficient du présent contrat pendant les 6 premiers mois. Leur adhésion facultative ne peut prendre effet qu'au terme de ces 6 premiers mois et elle doit être sollicitée dans les 9 mois qui suivent le début de leur congé.

Relations clients - Réclamations

Pour tout renseignement ou réclamation, le participant a la possibilité de contacter Dynalis dont les coordonnées figurent en fin de notice.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par Dynalis et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le participant, les bénéficiaires ou les ayants-droit, ou avec l'accord de ceux-ci, les Institutions

de Prévoyance assureurs peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur du CTIP
10 rue Cambacérès – 75008 PARIS
Tél : 01 42 66 68 49
www.ctip.asso.fr

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de cinq mois à compter de sa saisine.

Délai de prescription

Conformément aux dispositions prévues à l'article L 932-13 du Code de la Sécurité sociale, toutes actions dérivant du contrat doivent être engagées dans les deux ans de l'évènement qui y donne naissance.

Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation aux organismes assureurs dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées (Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985).



Risques Exclus

Ne sont pas pris en charge :

1. les actes hors nomenclature, les médicaments ou actes non remboursés par la Sécurité sociale et notamment les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.

Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent cependant donner lieu à un remboursement dans les conditions prévues dans le tableau de prestations.

2. dans le cadre du respect du cahier des charges « contrat responsable »

- la participation forfaitaire mise à la charge du bénéficiaire par la Sécurité sociale pour les actes médicaux et consultations réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) ainsi que pour les actes de biologie médicale et de radiologie (Loi 2004-810 du 13.08.05 Article 57 III, V et VI),
- la majoration de la participation du bénéficiaire à ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le ou les cas où :
 - il n'a pas choisi son médecin traitant (article L162-5-3 alinéa 5 du code de la Sécurité sociale),
 - il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant, (article L162-5-3 alinéa 5 du Code de la Sécurité sociale),
 - il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour, (article L161-36-2 alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale),
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par le médecin spécialiste lorsque le bénéficiaire le consulte directement sans respecter le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques visé à l'article L162-5 18° du code de la Sécurité sociale,
- la franchise prévue à l'article L 322-2 III du code de la Sécurité sociale (dite «franchise médicale», applicable aux médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports médicaux).

Le fait que les organismes assureurs aient payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de leur part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.



Téléphone :  N° Cristal 09 77 400 950

APPEL NON SURTAXÉ

email : dynalis@apgis.fr

DYNALIS
12 RUE MASSUE
94684 VINCENNES CEDEX

www.dynalis.fr

Vous pouvez consulter vos décomptes santé en ligne et trouver des informations utiles sur la gestion de votre contrat.

La garantie Frais de Santé gérée par Dynalis est assurée par Humanis Prévoyance et APGIS (organismes assureurs),
Institutions de prévoyance régies par l'article L931-1 du code de la Sécurité sociale.
APGIS - 12 rue Massue - 94684 VINCENNES Cedex • Humanis Prévoyance - 7 rue de Magdebourg - 75116 PARIS Cedex