

NOTICE D'INFORMATION

FRAIS DE SANTE

Contrat collectif à adhésion obligatoire

GIE LOGISTIC

Agissant au nom et pour le compte des entités juridiques du **GROUPE COVEA**
listées en annexe (UES COVEA)

Ensemble du personnel

Contrat n° : S0001000089855

Date d'effet : 1^{er} mars 2026

Edition mars 2026



La présente notice a pour objet de vous informer sur vos droits et obligations nés de la souscription d'un contrat par votre employeur auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé 4 rue Georges Picquart 75017 PARIS (Numéro IDU : FR233042_01GSBS).

Elle précise notamment les garanties frais de santé dont vous bénéficiez, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Vous êtes couvert par les seules garanties souscrites par votre employeur dont le détail figure au tableau des garanties.

Ce document, qui vous est remis par votre employeur, constitue un résumé des dispositions contractuelles organisant les rapports entre votre employeur, vous-même et l'Institution.

Information

Les demandes de service, de prestations, d'information ou d'avis doivent être transmises au gestionnaire du contrat :

BCAC Centre de gestion Santé et Prévoyance
TSA 50001
78457 VELIZY VILLACOUBLAY CEDEX
Téléphone (BCAC-COVEA) : 09 70 72 43 63

Sommaire

Sommaire	3
La vie du contrat	4
Comment bénéficier du contrat et quelles sont vos garanties ?	4
Qui sont les bénéficiaires du régime ?	4
Quand débute la garantie ?	5
Quelles sont les formalités d'affiliation ?	5
Justificatifs à fournir	5
Quels sont les remboursements prévus ?	6
Grille optique SANTECLAIR Pack Premium (avec services optiques C'Evidentia)	10
Quelles sont les garanties ?	11
Le tiers payant : qu'est-ce que c'est ?	14
Comment se faire rembourser ?	15
Quelles sont les conditions de maintien et de cessation de vos garanties ?	16
Quelles sont les conditions de maintien de vos garanties ?	16
Quand cessent vos garanties ?	19
Quelles règles encadrent votre contrat ?	20
Le cadre de vos garanties	20
Base légale	20
Contrat Responsable	20
Modification des garanties et des taux de cotisations	20
Contrôle médical	20
Exclusions	21
Territorialité	21
Réclamation	21
Médiation	22
Les clauses juridiques	23
Prescription	23
Communication par voie électronique	23
Fausse déclaration	23
Subrogation	23
Information sur le traitement de vos données à caractère personnel	24
Grille optique.....	28
Lexique	29
Annexe : Liste des entités juridiques bénéficiant du présent régime	33

La vie du contrat

Comment bénéficier du contrat et quelles sont vos garanties ?

Qui sont les bénéficiaires du régime ?

Est obligatoirement bénéficiaire :

➤ Vous, Le Participant

Salarié de l'entreprise affilié au contrat, dès lors qu'il appartient à la « catégorie de personnel assuré »,

Peut être admis, à votre demande, et sous réserve qu'il soit précisé sur votre Bulletin Individuel d'Affiliation les ayants droit suivant :

➤ Votre Conjoint à charge

Est considéré comme votre conjoint à charge :

- votre époux (se), non séparé(e) de corps judiciairement ;
- votre partenaire de Pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- votre concubin(e) dès lors que les conditions suivantes sont réunies :
 - vous vivez maritalement sous le même toit ;
 - vous êtes tous deux libres de tout lien conjugal et de tout lien de Pacs ;
 - vous entretenez une relation stable et continue.

qui n'exerce aucune activité professionnelle et ne perçoit aucun revenu professionnel (traitement / salaire, BIC, BA, BNC, pension / retraite / rente) tel que défini dans le cadre de l'imposition sur le revenu.

Traitements et salaires : les revenus d'activité (les salaires et ses accessoires, les indemnités journalières de Sécurité sociale maladie et maternité, les indemnités temporaires d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les indemnités journalières complémentaires servies dans le cadre de régime de prévoyance obligatoire), les allocations chômage, les allocations de préretraite, etc.

BIC : les Bénéfices Industriels et Commerciaux constituent l'une des catégories de revenu passibles de l'impôt sur le revenu.

BA : Les Bénéfices Agricoles constituent l'une des catégories de revenu passibles de l'impôt sur le revenu.

BNC : Les Bénéfices des professions Non Commerciales et revenus assimilés constituent l'une des catégories de revenu passibles de l'impôt sur le revenu.

Pensions, retraites et rentes : les sommes perçues au titre des retraites publiques ou privées, y compris celles de source étrangère, les pensions, allocations et rentes d'invalidité imposables servies par les organismes de Sécurité sociale, les pensions alimentaires, les rentes viagères à titre onéreux, etc.

➤ Vos Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge vos enfants reconnus, adoptés ou recueillis sous réserve qu'ils remplissent une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans, et bénéficiés des prestations de la Sécurité sociale sous couvert de votre numéro de Sécurité sociale,
- être âgés de plus de 18 ans et être à votre charge au sens de la législation fiscale.

Quand débute la garantie ?

Seuls les soins engagés après l'admission du Bénéficiaire peuvent faire l'objet d'un remboursement.

Vous bénéficiez, obligatoirement, de la garantie dès la prise d'effet du contrat ou dès que vous appartenez à la « catégorie de personnel assuré ».

Vous pouvez demander l'adhésion de vos Ayants droit tels que définis au paragraphe « **Qui sont les bénéficiaires du régime ?** » lors de votre adhésion ou postérieurement, au 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre demande à condition qu'elle soit adressée, au plus tard, 15 jours avant cette date (cachet de la poste faisant foi).

En cas de changement de situation de famille :

- mariage, PACS : votre Conjoint peut adhérer au 1^{er} jour du mois suivant la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation actualisé ;
- adoption, naissance : votre Enfant à charge peut adhérer au jour de l'événement.

Dans les 2 cas, le Bulletin Individuel d'Affiliation actualisé doit être transmis dans les 3 mois qui suivent l'évènement.

Quelles sont les formalités d'affiliation ?

Vous complétez le Bulletin Individuel d'Affiliation que vous retournez à l'adresse indiquée, dûment signé et accompagné des documents demandés.

Si vous souhaitez faire adhérer, dès votre embauche ou postérieurement vos ayants droit, tels que définis au paragraphe « **Qui sont les bénéficiaires du régime ?** », vous le précisez sur votre Bulletin Individuel d'Affiliation que vous retournez à l'adresse indiquée sur celui-ci, dûment signé et accompagné des documents nécessaires aux affiliations souhaitées.

Justificatifs à fournir

Pour justifier de la qualité de bénéficiaire, doivent être fournis :

- une copie de l'attestation Vitale du Participant et de chaque personne bénéficiaire ;
- pour l'époux (se) : une copie du livret de famille ;
- pour le partenaire de PACS : un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS ;
- pour le concubin : un décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun ;
- pour les enfants et conjoint, à charge : une photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du Participant.

Tout changement de situation de famille, d'adresse, de compte bancaire ou de centre de Sécurité sociale doit être signalé à l'Institution.

Quels sont les remboursements prévus ?

Le régime prévoit des remboursements complémentaires aux prestations en nature payées en application de l'article L321-1 à 3 du Code de la Sécurité sociale, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité atteignant un bénéficiaire.

Sauf mention contraire, les actes figurant dans le tableau ci-dessous ne sont remboursés que s'ils sont pris en charge par un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français (AMO).

Le remboursement des prestations est limité aux frais réels engagés. Nos remboursements ne peuvent donc pas excéder la différence entre le coût réel des frais engagés et le montant pris en charge par la Sécurité sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance.

Référence : _EPZ

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS Sous déduction du Régime Professionnel de Prévoyance (RPP) intervenant lui-même sous déduction des prestations versées par la SS
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	200 % de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	400 % de la BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	180 % de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	200 % de la BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes non conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	180 % de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	200 % de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % des FR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...)	100 % des FR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, ...)	
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % des FR
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % des FR
MEDICAMENTS	
Médicaments remboursés par la SS	100 % de la BR

NATURE DES ACTES		REMBOURSEMENTS	
		Sous déduction du Régime Professionnel de Prévoyance (RPP) intervenant lui-même sous déduction des prestations versées par la SS	
SOINS COURANTS (suite)			
MATERIEL MEDICAL inscrit à la Liste des Produits et Prestations (LPP)			
Matériel médical "100 % Santé" (*)		Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - attelles, lits médicaux, accessoires, ...		180 % de la BR + 35 % du PMSS <i>Prothèse mammaire :</i> 300 % de la BR + 150 € par an et par bénéficiaire <i>Prothèse capillaire :</i> 300 % de la BR + 150 € par an et par bénéficiaire	
AUTRES SOINS COURANTS			
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale		100 % de la BR	
HOSPITALISATION			
HONORAIRES			
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		100 % des FR	
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		200 % de la BR	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		Prise en charge intégrale	
FRAIS DE SEJOUR		100 % des FR	
AUTRES PRESTATIONS			
Chambre particulière par jour		4 % du PMSS	
Frais d'accompagnant par jour			
Moins de 16 ans		1,5 % du PMSS	
FORFAIT ACTES LOURDS		Prise en charge intégrale	
FORFAIT PATIENT URGENCES		Prise en charge intégrale	
DENTAIRE			
SOINS			
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)		100 % des FR	
SOINS ET PROTHESES "100 % SANTE"			
Soins et prothèses "100 % Santé" (*)		Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	
PROTHESES			
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés		560 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres		560 % de la BR	
Actes prothétiques non remboursés par la SS		500 % de la BRR	
AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SS			
Parodontologie - Forfait / an / bénéficiaire		100 €	
Implantologie		500 € pour la pose de l'implant et 300 € pour le faux moignon implantaire, limité à 4 implants par an et par bénéficiaire	
ORTHODONTIE			
Orthodontie remboursée par la SS		700 % de la BR	
Orthodontie non remboursée par la SS		350 % de la BRR par semestre et par bénéficiaire (limité à 2 semestres de traitement par bénéficiaire)	

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS Sous déduction du Régime Professionnel de Prévoyance (RPP) intervenant lui-même sous déduction des prestations versées par la SS
OPTIQUE	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.
EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)	
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)	
Grille optique	Voir grille optique SANTECLAIR Pack Premium
PRESTATION D'ADAPTATION	
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
LENTILLES	
Lentilles correctrices	
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables)	360 % de la BR + 15 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	360 % de la BRR + 15 % du PMSS par an et par bénéficiaire
CHIRURGIE REFRACTIVE	
Chirurgie de la vision	100 % des FR dans la limite de 30 % du PMSS par œil
AIDE AUDITIVE	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille
EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)	
Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)	La prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS
Aide auditive remboursée par la SS	180 % de la BR + 35 % du PMSS par appareil
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE	
FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE	L'ensemble des consultations ci-dessous est limité à 280 € par an et par bénéficiaire
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, pédicurie-podologie	50 € par séance dans la limite de 6 séances par an et par bénéficiaire
Psychologie, psychomotricité, diététique	40 € par séance dans la limite de 8 séances par an et par bénéficiaire
VACCINS ANTI-GRIPPE PRESCRITS ET NON REMBOURSES PAR LA SS	100 % des FR
FORFAIT GLOBAL VACCINS PRESCRITS ET NON REMBOURSES PAR LA SS	50 € par an et par bénéficiaire
SEVRAGE TABAGIQUE PRESCRIT	50 € par an et par bénéficiaire
DENSITOMETRIE OSSEUSE PRESCRITE ET NON REMBOURSEE PAR LA SS	100 % des FR (une fois tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans)
ANALYSES NON REMBOURSEES PAR LA SS : TEST COVID SUR ORDONNANCE	30 € par an et par bénéficiaire
PHARMACIE PRESCRITE NON REMBOURSEE PAR LA SS	80 % des FR dans la limite de 100 € par an et par bénéficiaire
TOUS MOYENS CONTRACEPTIFS PRESCRITS ET NON REMBOURSES PAR LA SS	110 € par an et par bénéficiaire

NATURE DES ACTES		REMBOURSEMENTS	
		Sous déduction du Régime Professionnel de Prévoyance (RPP) intervenant lui-même sous déduction des prestations versées par la SS	
DIVERS			
CURES THERMALES			
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire		(avec au minimum 10 % du PMSS)	
Cures thermales Honoraires		100 % de la BR	
Cures thermales Transport et hébergement		200 €	
NAISSANCE - ADOPTION			
Chambre particulière par jour		4 % du PMSS	
TRANSPORT			
Frais de transport remboursés par la SS		200 % de la BR	
ASSISTANCE		FIDELIA	
RÉSEAU DE SOINS		SANTECLAIR	

* : Tels que définis règlementairement

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-ACO (option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie chirurgie et obstétrique)

SS : Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

BRR : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné

RSS : Remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais réels

TM : Ticket modérateur

TC : Tarif de convention

Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS

Honoraires limites de facturation : Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres

Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement

Grille optique SANTECLAIR Pack Premium (avec services optiques C'Evidentia)

GRILLE OPTIQUE SANTECLAIR Pack Premium	DANS LE RÉSEAU SANTECLAIR	HORS RÉSEAU SANTÉCLAIR	Niveau de défaut visuel		
Verres UNIFOCAUX Tarif libre / Classe B (remboursement par verre RO inclus)	Prise en charge intégrale 0 € de reste à charge *	70 €	101-201	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	SIMPLE
		100 €	102-202	Sphère de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 6 Sphère de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6	
		130 €	103-203	Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 Sphère de 0 à +8 et S+C > 6	
		220 €	104-204	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre	COMPLEXE
170 €		111-204	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2		
220 €		112-204	Sphère de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 8 Sphère de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et S+C ≤ 8		
260 €		113-204	Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 Sphère de 0 à +8 et S+C > 8	TRÈS COMPLEXE	
300 €		114-204	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre		
Monture Tarif libre / Classe B (RO inclus)	100 €	100 €			

* Dans la limite des planchers prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret 2019 65 du 31 janvier 2019) et des plafonds prévus par le contrat responsable (décret 2019 21 du 11 janvier 2019), en fonction des corrections visuelles.

Limites de consommation : Adulte à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans (sauf dérogation) / Enfant : 1 équipement par an, ramené à 6 mois pour les enfants de 0 à 6 ans sous conditions

RO : Régime Obligatoire

Quelles sont les garanties ?

L'Institution couvre les seules garanties souscrites par votre employeur, dont le détail figure au tableau des garanties.

L'Institution complète les prestations en nature versées par la Sécurité sociale, et le cas échéant, par un autre organisme assureur, au titre des frais engagés par vous-même et par vos Ayants droit régulièrement affiliés.

Dans certains cas, les frais non remboursés par la Sécurité sociale française peuvent donner lieu à remboursement dans les conditions prévues au tableau des garanties.

Le montant des prestations figure au tableau des garanties. Ce montant ne peut excéder le montant des frais restant à votre charge ou à la charge de vos Ayants droit, après remboursement de la part de la Sécurité sociale et le cas échéant, d'un autre organisme assureur, dans la limite des frais réellement engagés.

Pour les prestations ci-dessous, il est fait application de dispositions spécifiques :

Soins courants

Le montant des prestations est minoré et plafonné lorsque le médecin consulté n'est pas adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

La garantie prévoit la prise en charge du ticket modérateur des honoraires de dispensation. Elle couvre aussi la prise en charge du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues partenaires dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy » lorsqu'elles sont remboursées par la Sécurité sociale. Pour plus d'informations sur ce dispositif, vous pouvez consulter le site d'information « monsoutienpsy.sante.gouv.fr ».

Hospitalisation

Les garanties s'appliquent aux hospitalisations ayant pour but un traitement médical ou chirurgical y compris en cas de maternité. Le forfait hospitalier est pris en charge, à l'exception de celui facturé par les établissements sociaux et médico-sociaux, sans limitation de durée. La participation forfaitaire sur les « actes lourds » et le forfait patient urgences sont intégralement remboursés.

Dans le cadre d'une hospitalisation, les frais relatifs à la chambre particulière et aux frais d'accompagnement peuvent être pris en charge selon les conditions du tableau des garanties. Ces frais sont limités aux frais de lit et de repas.

Maternité et adoption

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans, le contrat peut prévoir le versement d'une allocation forfaitaire.

Optique

Il existe deux classes de verres et de montures : classe A (équipement 100 % santé tel que défini réglementairement, avec un reste à charge nul) et classe B (équipement avec des prix libres). Avant toute délivrance, l'opticien doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (composé d'une monture classe A et de deux verres classe A).

Équipement 100 % santé tel que défini réglementairement (classe A)

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour l'assuré.

Cette prise en charge concerne :

- les verres et la monture ;
- la prestation d'appairage (pour les verres aux indices de réfraction différents) ;
- le supplément applicable pour les verres avec filtres.

Équipement optique prix libres (classe B)

La garantie prévoit le remboursement d'un équipement complet (verres et monture), sous forme d'un forfait qui respecte les planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation selon le type de verres et qui inclut le remboursement de la Sécurité sociale.

Equipement mixte classes A et B

Si le contrat prévoit un forfait global (monture et verres) :

- le ticket modérateur et les frais exposés au-delà du tarif de responsabilité des éléments de l'équipement de classe A sont pris en charge intégralement dans la limite des prix limites de vente ;
- les éléments de l'équipement de classe B sont pris en charge selon la garantie prévue pour l'équipement de classe B, sous déduction de la prise en charge des éléments de la classe A.

Si le contrat prévoit des montants spécifiques pour la monture ou les verres :

- le montant prévu pour chacune des composantes s'applique.

Prise en charge dérogatoire de deux équipements

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin avec une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et pour ceux ayant une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique, la garantie peut prendre en charge deux équipements de correction différente uniquement si l'ophtalmologiste mentionne ces cas particuliers sur l'ordonnance.

Prestation d'adaptation

Cette garantie prévoit le remboursement d'une prestation qui correspond à l'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B.

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes A et B) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'un équipement optique comportant une monture et deux verres, par période :

- de deux ans, pour les plus de 16 ans,
- d'un an, pour les moins de 16 ans,
- de 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans uniquement dans le cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement. Elle ne s'applique pas aux cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation.

Conditions de renouvellement anticipé

Un renouvellement anticipé de l'équipement est possible dans les cas de dégradation des performances oculaires strictement définis par la Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPP), justifiés par une nouvelle prescription médicale (ou par une adaptation de la prescription initiale par l'opticien, uniquement pour les plus de 16 ans) :

- pour les plus de 16 ans, au terme d'une période minimale d'un an
- pour les moins de 16 ans, sans délai, uniquement pour les verres.

Un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies à la LPP (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique ou une pathologie générale) sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant ces cas particuliers, sans délai.

Dentaire

Les prothèses dentaires sont réparties dans 3 paniers de soins : un panier à reste à charge nul (soins et prothèses 100 % santé tels que définis réglementairement), un panier à reste à charge maîtrisé via des honoraires plafonnés et un panier à honoraires libres.

Les actes dentaires correspondant à des actes hors Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés par l'Institution.

Avant tout traitement, le chirurgien-dentiste doit vous remettre un devis écrit mentionnant une description détaillée du traitement et des matériaux utilisés, le montant des honoraires relatifs au traitement proposé que le traitement soit remboursable ou non et le montant de la base de remboursement de l'Assurance Maladie.

Soins et prothèses du panier 100 % santé

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires des actes prothétiques, dans la limite des honoraires limites de facturation. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale des soins et prothèses, sans reste à charge pour l'assuré.

Actes prothétiques du panier à honoraires maîtrisés

La garantie est exprimée dans la limite des honoraires limites de facturation prévus par la réglementation.

Actes prothétiques du panier à honoraires libres

Les prothèses qui n'entrent pas dans le panier 100 % santé ou dans le panier à honoraires maîtrisés sont remboursées à hauteur de la garantie prévue au tableau des prestations.

Plafond dentaire

Si la garantie prévoit un plafond annuel par Bénéficiaire, celui-ci ne concerne que les prothèses dentaires des paniers à honoraires maîtrisés et libres. En cas d'atteinte du plafond annuel, la garantie prend en charge le ticket modérateur plus 25 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Orthodontie non remboursée

Le remboursement est limité à six semestres plus deux ans de contention quand ces garanties sont prévues.

Aides auditives

Les aides auditives sont classées en deux groupes, classe I et classe II, selon leurs caractéristiques techniques (en fonction de la présence et du nombre d'options). Les aides auditives de la classe I correspondent à l'équipement 100 % santé et sont sans reste à charge pour l'assuré ; celles de la classe II sont à prix libres.

Avant toute délivrance, l'audioprothésiste doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (classe I). Ce devis doit faire apparaître de façon distincte le prix de l'appareil électronique correcteur de surdité proposé ainsi que la nature et le prix des prestations d'adaptation indissociables de l'appareil, nécessaires à son adaptation initiale et à son suivi périodique.

Equipement 100 % santé (classe I)

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour l'assuré.

Aides auditives à prix libres (classe II)

La garantie respecte le plafond de prise en charge prévue par la réglementation (1700 euros par appareil y compris le remboursement de la Sécurité sociale). Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles et des accessoires.

Piles et accessoires

Les piles et autres accessoires prescrits sont pris en charge à hauteur de la garantie prévue au tableau des prestations, ou à hauteur du ticket modérateur en l'absence de précision, sur présentation des justificatifs de dépenses.

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes I et II) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans. Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement.

Prothèses capillaires

Les prothèses capillaires sont classées en 4 groupes selon leurs caractéristiques techniques.

Prothèses capillaires de classe I

Elles sont prises en charge intégralement par la Sécurité sociale.

Prothèses capillaires de classe II

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge.

Cette garantie correspond à la ligne « Matériel médical 100% santé » prévue au tableau des garanties.

Prothèses capillaires de classe III et IV

Elles sont remboursées à hauteur de la garantie prévue au tableau des garanties (Matériel médical remboursé par la Sécurité sociale).

Véhicules pour personnes en situation de handicap

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente, de la location de courte durée (inférieure à 6 mois) d'un véhicule pour personnes en situation de handicap. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet sa prise en charge intégrale, sans reste à charge.

Cette garantie correspond à la ligne « Matériel médical 100% santé » prévue au tableau des garanties.

Frais engagés à l'étranger

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale française, dans les limites du tableau de garanties.

Pour les honoraires, les consultations, et visites médicales réalisés par un médecin à l'étranger, le remboursement sera celui prévu pour les Médecins non-signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Le remboursement des frais engagés dans un établissement hospitalier à l'étranger sera celui prévu pour les établissements non conventionnés.

Les actes hors nomenclature, non remboursés par la Sécurité sociale française, réalisés à l'étranger, ne sont jamais remboursés.

Toute demande de remboursement devra impérativement être accompagnée du décompte de la Sécurité sociale et d'une facture acquittée, avec cachet et signature du praticien, précisant le bénéficiaire de l'acte.

Assistance

En complément des garanties frais de santé souscrites auprès de l'Institution, des garanties d'assistance peuvent être accordées. Un document définissant les prestations et les modalités de leur mise en œuvre sera alors joint à la notice d'information.

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 votre charge, 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.

Le tiers payant : qu'est-ce que c'est ?

La procédure de tiers payant vous dispense de faire l'avance du ticket modérateur auprès des professionnels de santé qui le pratiquent.

En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, vous pouvez bénéficier du tiers payant pour l'ensemble des prestations, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et, pour les équipements optiques, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires compris dans les paniers 100 % santé, à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation.

Pour recevoir votre carte de tiers payant, vous devez nous avoir transmis la photocopie de l'attestation VITALE de chaque bénéficiaire. Nous adressons alors à chaque Bénéficiaire majeur sa carte de tiers payant mentionnant la période de garantie des droits (les Bénéficiaires mineurs étant rattachés au Bénéficiaire majeur). Une nouvelle carte sera fournie chaque année avec la mention de la période de garantie ; en cas de modification de la situation de famille, une nouvelle carte sera délivrée.

En cas de radiation d'un assuré ou en cas de résiliation du contrat, l'assuré s'engage à restituer sa carte avec la mention « résiliée » ou, le cas échéant, à ne plus la présenter aux professionnels de santé ou à la détruire. Nous annulons alors le tiers payant. Nous nous réservons le droit de récupérer auprès de vous toute somme indûment versée du fait de la non-observation de ces dispositions.

Comment se faire rembourser ?

Le paiement des prestations intervient généralement dans les 8 jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire non compris. Le règlement s'effectue par virement sur votre compte bancaire.

Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de l'Institution.

Si vous bénéficiez du système de télétransmission NOEMIE, le transfert des décomptes de Sécurité sociale numérisés est effectué directement à l'Institution, vous évitant ainsi d'envoyer les décomptes papier. Cependant, pour le traitement de certaines prestations, les pièces complémentaires mentionnées ci-après pourront être réclamées, notamment lorsque ces prestations ne font pas l'objet d'une prise en charge préalable par la Sécurité sociale.

Documents nécessaires au règlement des prestations

Les documents justificatifs à fournir pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-dessous. Vous devez également transmettre, le cas échéant, les décomptes établis par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé. Toutefois, l'Institution peut demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier. Vous êtes couvert par les seules garanties souscrites par votre employeur dont le détail figure au tableau des garanties.

Nature des frais	Pièces justificatives
Médecine courante – Consultation généraliste – Consultation ou acte de spécialiste – Analyses et examens de laboratoire – Auxiliaire médical	• Décomptes originaux délivrés par la Sécurité sociale • Les factures originales acquittées mentionnant les frais engagés au titre des dépassements d'honoraires
Hospitalisation	• Originaux des factures acquittées établies par 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
Cures thermales	• Décompte original de la Sécurité sociale • Les factures détaillées mentionnant les frais d'hébergement, de transports, de soins et d'honoraires des médecins
Prothèses dentaires	• Original de la facture détaillée acquittée précisant la codification des travaux effectués • Décompte original de la Sécurité sociale
Orthodontie	• Facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et fin de semestre • Notification éventuelle de refus de prise en charge par la Sécurité sociale
Parodontologie et implants	• Facture originale détaillée et acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués.
Optique	• Facture détaillée de l'opticien mentionnant les frais réellement engagés pour les verres et les montures (facturés distinctement), et prescription médicale datant de moins de : – 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans – 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans – 3 ans pour les patients âgés de plus de 42 ans • Facture détaillée de l'opticien mentionnant les frais réellement engagés pour les lentilles de contact correctrices, et prescription médicale datant de moins de : – 1 an, pour les patients âgés de moins de 16 ans – 3 ans, pour les patients âgés de 16 ans et plus • En cas de renouvellement des verres correcteurs par l'opticien et sauf opposition du médecin prescripteur : – Prescription médicale initiale – Prescription médicale initiale mentionnant la correction réalisée par l'opticien lors du renouvellement
Chirurgie réfractive	• Facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés
Médecine douce (Seules les séances auprès de professionnels diplômés dans la spécialité peuvent être remboursées)	• Facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés et faisant apparaître la qualification nécessaire du praticien
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale et médicaments prescrits	• Prescription médicale • Facture originale détaillée et acquittée
Participation aux frais de maternité ou d'adoption	• Extrait d'acte de naissance de l'enfant né viable ou copie lisible du livret de famille • Copie lisible du jugement définitif d'adoption
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale	• Facture originale détaillée et acquittée

Quelles sont les conditions de maintien de vos garanties ?

Votre contrat de travail est suspendu :

En cas de suspension du contrat de travail, vous bénéficiez du maintien des garanties tant que vous êtes inscrit aux effectifs de l'Entreprise, **sous réserve des précisions apportées ci-après**. Après la rupture de votre contrat de travail, le maintien des garanties est accordé dans les conditions prévues aux paragraphes suivants.

Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Sous réserve du paiement de la cotisation, les garanties sont maintenues, ainsi qu'éventuellement aux membres de votre famille Ayant droit, lorsque votre contrat de travail est suspendu avec maintien partiel ou total de salaire, versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur ou versement par votre employeur d'un revenu de remplacement.

C'est notamment le cas lorsque vous vous trouvez en situation :

- d'incapacité de travail ou d'invalidité indemnisée ;
- d'activité partielle ou d'activité partielle de longue durée, lorsque l'activité est totalement suspendue ou dont horaires sont réduits et que vous bénéficiez d'un revenu de remplacement versé par votre employeur ;
- de congé rémunéré par votre employeur (reclassement, mobilité ...) ;
- ou tout autre situation de suspension indemnisée du contrat de travail.

Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Les garanties sont maintenues en cas de suspension non indemnisée d'une durée inférieure à un mois.

Lorsque la suspension de votre contrat de travail d'une durée supérieure à un mois ne donne lieu à aucun maintien de salaire ou d'indemnisation (notamment congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé de proche aidant, congé sans solde tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié...), les garanties sont suspendues de plein droit.

La suspension des garanties intervient à la date à laquelle vous avez effectivement cessé votre travail dans votre entreprise et s'achève dès votre reprise effective de travail au sein de la catégorie de personnel assurée.

Après accord de l'Institution, vous pouvez bénéficier d'un maintien exceptionnel des garanties en contrepartie d'une cotisation spécifique.

Votre contrat de travail est rompu :

Vous avez droit au maintien de la couverture frais de santé au titre de la Portabilité (article L911-8 du Code de la Sécurité sociale)

Conditions

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation de votre contrat de travail non consécutive à une faute lourde, les garanties sont maintenues dès lors que vous bénéficiez d'une prise en charge par le régime de l'Assurance Chômage. Le maintien des garanties est également subordonné à la condition que vos droits aient été ouverts chez votre dernier employeur.

Formalités

Pour bénéficier de la portabilité des droits, vous devez retourner à l'Institution le bulletin de demande de portabilité établi par l'Institution dûment complété et signé dans un délai de 10 jours suivant la rupture de votre contrat de travail. Il incombe à votre employeur de vous informer de ce droit.

Date d'effet et durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation de votre contrat de travail.

Ce maintien vous est accordé pendant la période d'indemnisation par l'Assurance Chômage pour une durée équivalente à celle de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de vos derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, et en tout état de cause, dans la limite de 12 mois.

La suspension des allocations du régime d'Assurance Chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien qui ne sera pas prolongée d'autant.

Bénéficiaires

Vous bénéficiez de ce maintien des garanties, ainsi que vos Ayants droit déjà affiliés lors de la cessation de votre contrat de travail.

Aucune affiliation postérieure à la cessation de votre contrat de travail ne pourra être effectuée, à l'exception des naissances et adoptions survenues pendant la période de portabilité.

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur chez votre dernier employeur. Ainsi, toute révision du contrat postérieure à la cessation de votre contrat de travail vous sera applicable.

Financement

Aucune cotisation au titre des périodes postérieures à la cessation du contrat de travail n'est due.

Obligations déclaratives

Les justificatifs suivants doivent être adressés à l'Institution :

- à l'ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial de votre indemnisation par le régime d'Assurance Chômage ;
- trimestriellement au cours de la période du maintien des garanties, l'attestation de paiement de vos allocations chômage ou, le cas échéant, les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. En cas de sinistre, l'Institution pourra également réclamer ces documents à chacune de vos demandes de prise en charge.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de portabilité ;
- lorsque que vous reprenez une activité professionnelle ;
- en cas de cessation du versement des allocations du régime de l'Assurance Chômage ;
- en cas de non-transmission des justificatifs de prise en charge par l'Assurance Chômage ;
- en cas de résiliation du contrat d'assurance par votre ancienne entreprise ;
- à la date de votre décès. Dans ce cas, vos Ayants droit pourront bénéficier du maintien des garanties dans les conditions prévues au paragraphe ci-dessous.

Maintien individuel des garanties

En cas de cessation de votre contrat de travail

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties à titre individuel, sans condition de durée, sans délai de carence ni d'examens ou questionnaires médicaux dès lors que vous bénéficiez :

- des prestations en espèce de la Sécurité sociale au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité ;
- d'une pension vieillesse ;
- d'un revenu de remplacement au titre de l'Assurance Chômage.

Vous devez formuler cette demande au plus tard dans les six mois suivant la cessation de votre contrat de travail ou le cas échéant, dans les six mois suivant la fin de la période de portabilité mentionnée ci-dessus.

Votre employeur doit informer l'Institution de la cessation de votre contrat de travail afin de lui permettre de vous proposer ce maintien individuel.

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

En cas de décès de l'assuré

A la suite de votre décès, vos Ayants droits peuvent continuer à bénéficier à titre individuel d'une garantie de niveau équivalent à celui du contrat collectif, sans délai de carence et sans questionnaire médical, pour une durée minimum de douze mois à compter de votre décès, à condition d'en faire la demande dans les six mois suivant celui-ci.

Afin de permettre à l'Institution de proposer à vos Ayants droit le maintien des garanties, l'entreprise doit informer l'Institution de votre décès dès qu'elle en a connaissance.

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.

Maintien collectif des garanties

Peut bénéficier à titre facultatif du présent régime le personnel bénéficiant du maintien collectif des garanties tel que défini ci-dessous :

Le personnel en suspension du contrat de travail

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise ou tout autre motif de suspension du contrat de travail non rémunéré, pour une durée supérieure à un mois. Les garanties prennent effet :

- à la date de suspension du contrat de travail sous réserve que la demande de maintien de la garantie soit réceptionnée par l'Institution via le centre de gestion, au plus tard 15 jours avant la date de suspension du contrat de travail ;
- au 1^{er} jour du mois civil suivant la demande, si celle-ci est formulée au plus tard dans les trois mois qui suivent la date de suspension du contrat de travail.

Le personnel en prolongation de garanties

Les enfants et le conjoint à charge tels que définis au paragraphe « Personnes garanties », des salariés décédés pour une durée de 12 mois à compter de la date du décès, à condition que la demande d'adhésion soit faite dans un délai de 6 mois suivant le décès, et sous réserve :

- que le conjoint ne se remarie pas ou ne conclut pas de PACS,
- les enfants et le conjoint à charge continuent de remplir les conditions prévues pour être bénéficiaires et définis au paragraphe « **Qui sont les bénéficiaires du régime ?** », et que le contrat demeure en vigueur pendant cette période.

Dispositions spécifiques relatives au personnel bénéficiant du maintien collectif des garanties

Droit de renonciation volontaire au maintien collectif des garanties

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au maintien collectif des garanties par notification par lettre ou tout autre support durable, déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution ou communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription, pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion a pris effet, selon le modèle proposé ci-dessous.

Madame, Monsieur,
J'entends par la présente renoncer à mon adhésion au maintien collectif des garanties.
Fait à, Le
Signature de l'assuré

Les cotisations versées sont alors intégralement restituées dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de cette demande de renonciation, sous déduction des prestations versées.

Date d'effet et durée du maintien de la garantie pour le personnel en suspension du contrat de travail

Les garanties prennent effet à compter de la date de suspension du contrat de travail ou au 1^{er} jour du mois civil suivant la demande, selon les modalités indiquées ci-dessus.

Elles sont maintenues pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail d'une durée supérieure à un mois.

Le maintien des garanties 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.

Le maintien des garanties cesse en tout état de cause :

- en même temps que cesse le congé ou la suspension du contrat de travail ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle ;
- à la date de liquidation de la retraite ;
- en cas de non-paiement de la cotisation ;
- en cas de résiliation du présent contrat ou de l'adhésion ;
- en cas de décès.

Quand cessent vos garanties ?

Si vous ne bénéficiez pas d'un maintien précité, vos garanties cessent :

- au terme du maintien des garanties en application de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale,
- le jour où votre contrat de travail est rompu, sauf en cas de portabilité,
- le jour de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale, quelle qu'en soit la cause, (sauf en cas de cumul emploi-retraite).

Vous pouvez demander la radiation de vos ayants droit au 31 décembre de chaque année au moins 2 mois avant cette date par lettre ou tout support durable.

En tout état de cause, tous Les Bénéficiaires sont radiés de plein droit :

- dès que vous cessez d'appartenir à la « catégorie de personnel assuré » même si, par erreur, la cotisation n'a pas cessé d'être versée,
- à la date de résiliation du contrat (la résiliation du contrat entraîne de plein droit la radiation de tous Les Bénéficiaires présents à la date de résiliation).

Quelles règles encadrent votre contrat ?

Le cadre de vos garanties

Base légale

Le présent contrat est soumis aux dispositions du Code de la Sécurité sociale et exclusivement soumis à la loi française.

Tout litige lié au présent contrat est du ressort des tribunaux français.

Contrat Responsable

Les dispositions du contrat 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 relatives 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), instaurées par l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que la minoration de remboursement appliquée en cas de refus d'un transport partagé prévue par l'article L.322-5 du Code de la Sécurité sociale, laissées à la charge de chaque patient, 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 en vigueur 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.

En cas d'évolutions législatives ou réglementaires régissant les contrats dits « responsables », les garanties du présent contrat feront l'objet de modifications de plein droit pour rester en conformité avec ce cadre juridique.

Modification des garanties et des taux de cotisations

Les garanties et les taux de cotisations définis au contrat sont établis en fonction de la législation et réglementation en vigueur au moment de sa prise d'effet. L'Institution peut les modifier en cas d'évolution législative ou réglementaire.

Les modifications de garanties ne seront applicables qu'aux seuls frais engagés postérieurement à l'entrée en vigueur des modifications, et donneront lieu à la remise d'un avenant à la présente notice d'information.

Contrôle médical

L'Institution se réserve le droit de vous faire examiner par un médecin qu'elle mandate afin de pouvoir constater la nécessité et la réalité des soins. En conséquence, l'Institution peut procéder, indépendamment de votre prise en charge par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression de vos prestations dès l'initiation du contrôle médical.

La contestation des conclusions du médecin désigné par l'Institution doit être adressée par lettre recommandée à l'Institution dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de l'Institution. Dans cette hypothèse, vous avez la possibilité de vous faire représenter par votre médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution. En cas de désaccord entre votre médecin traitant et le médecin conseil, les parties désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois, un troisième médecin pour les départager. A défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal Judiciaire du ressort de l'Institution. L'avis de ce médecin tiers s'impose aux parties. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

Exclusions

Sauf dispositions spécifiques prévues dans le tableau des garanties, n'entraînent aucun paiement par l'Institution :

- les actes hors nomenclature ;
- les frais non remboursés par la Sécurité sociale ;
- les frais dont l'interdiction de prise en charge est prévue dans le cadre du respect du cahier des charges des contrats responsables ;
- les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale ;
- le forfait journalier dans les établissements médico-sociaux.

Territorialité

Les soins effectués à l'étranger ne sont pas remboursés dès lors qu'il n'y a pas de prise en charge par un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français (AMO).

En tout état de causes, le présent contrat ne garantit pas, et ne saurait permettre quelque couverture, garantie ou indemnisation en relation avec toute perte, tout dommage ou toute responsabilité.

- découlant d'une activité sur le « TERRITOIRE » ou dans ses eaux territoriales, sa zone frontalière ou sa zone économique exclusive (ci-après « sa zone de dépendance maritime »), à moins qu'il ne s'agisse d'une simple traversée de ladite zone sans arrêt prévu du « TERRITOIRE » ni dans sa zone de dépendance maritime, et que cette traversée ne relève pas d'une ligne de fret international ; ou
- subis par le gouvernement du « TERRITOIRE », toute personne ou entité résidant, établie, ou située sur le « TERRITOIRE » ou dans ses Eaux territoriales, ou
- résultant d'activités qui, directement ou indirectement, impliquent ou bénéficient au gouvernement du « TERRITOIRE », ou à des personnes ou entités résidant ou établies sur le « TERRITOIRE ».

Néanmoins, la présente exclusion ne s'applique pas :

- aux activités réalisées ou aux services rendus en cas d'urgence dans un objectif de sécurité et/ou d'assistance,
- ou lorsque, après que ces risques ont été notifiés à l'Institution, celui-ci a consenti, expressément et par écrit, à les couvrir.

Pour l'application de cette clause, il faut entendre par « TERRITOIRE », le(s) pays sous embargo ou sous sanctions totales selon les listes disponibles et accessibles sur les sites :

<https://www.un.org/securitycouncil/sanctions/information>

<https://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/SDN-List/Pages/default.aspx>

<https://www.tresor.economie.gouv.fr/services-aux-entreprises/sanctions-economiques>

Réclamation

Les demandes de service, de prestations, d'information ou d'avis ne sont pas des réclamations et doivent être transmises au gestionnaire du contrat dont les coordonnées figurent à la présente notice.

Si vous ou vos ayants droit souhaitez effectuer une réclamation, vous êtes invités, en priorité, à télécharger et compléter le formulaire de réclamation disponible dans votre espace client ou sur <https://www.klesia.fr/reclamation/> et à le renvoyer par courrier à l'adresse indiquée sur le site internet, selon le motif de la réclamation.

A défaut, vous pouvez également transmettre votre réclamation sur papier libre aux mêmes adresses.

L'Institution ou son délégataire s'engage à :

- accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, si une réponse ne peut pas être apportée dans ce délai ;
- répondre par écrit à la réclamation dans un délai maximal de 2 mois à compter de son envoi.

Médiation

Si la réponse ne vous satisfait pas, ou en l'absence de réponse dans un délai de 2 mois, vous pouvez saisir le médiateur de la protection sociale dans le délai maximal d'un an à compter de la réclamation écrite.

Par courrier à l'adresse suivante :

Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10, rue Cambacérés
75008 PARIS

sur le site internet : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

La proposition de solution du médiateur ne lie pas les parties, qui sont libres de l'accepter ou pas.

Si vous demeurez insatisfait, vous conservez la possibilité de saisir le tribunal compétent, pour contester la position de l'Institution.

Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Ce délai ne court :

- qu'à compter du jour où l'Institution en a eu connaissance en cas de réticence, omission ou fausse déclaration ;
- que du jour où les intéressés ont eu connaissance du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de votre employeur, de vous-même, ou de vos Ayants droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre votre employeur, vous-même, ou vos Ayants droit ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice, même en référé ;
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'acte d'exécution forcée ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée soit à votre employeur par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par vous-même en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'Entreprise/vous et l'Institution et/ou le délégataire de gestion sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par vous-même des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Institution pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions des articles L932-12-2 et R.932-1-6 du Code de la Sécurité sociale relatives aux modalités de résiliation du contrat.

Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du Bénéficiaire, la garantie que vous est accordée est nulle conformément à l'article L.932-7 du Code de la Sécurité sociale. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Subrogation

L'Institution est subrogée dans vos droits ou ceux de vos Ayants droit contre le tiers responsable et/ou ses assureurs, pour les préjudices qu'elle aura pris en charge et dans la limite des prestations versées.

Protection de vos données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie votre employeur à l'Institution, des données personnelles vous concernant sont collectées par KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, dont le siège social est situé 4 rue Georges Picquart 75017 PARIS (Numéro IDU : FR233042_01GSBS), en tant que responsable de traitement.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à la conclusion du contrat ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. A défaut de fourniture des données obligatoires, KLESIA Prévoyance sera dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

Les finalités de la collecte de vos données personnelles

- Dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance, les données personnelles que nous collectons vont permettre :
 - l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;
 - la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;
 - la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;
 - l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;
 - l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
 - la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits
- Vos données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, KLESIA Prévoyance met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.
- Différents traitements opérés par les entités du Groupe KLESIA sont basés sur l'intérêt légitime afin de vous apporter les meilleurs produits et services, de continuer à améliorer leur qualité et de mieux vous connaître pour personnaliser les contenus et les services proposés et les adapter à vos besoins. Ils correspondent à :
 - la mise en place d'actions de prévention ;
 - la gestion de notre relation commerciale notamment par le biais d'actions telles qu'un programme de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des jeux concours ou des tests produits ou services ;
 - la lutte contre la fraude à l'assurance et les impayés, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA.

Le traitement de vos données de santé

Le traitement des données de santé vous concernant collectées par KLESIA Prévoyance est soumis à votre consentement. Néanmoins, la conclusion du contrat d'assurance vaut recueil du consentement pour le traitement de vos données de santé à des fins de gestion du contrat et de lutte contre la fraude. Pour tout autre service nécessitant le traitement de vos données de santé, un consentement spécifique est recueilli.

Dans tous les cas, vos données de santé sont traitées en toute confidentialité et sont exclusivement destinées aux médecins conseils de KLESIA Prévoyance et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

Les décisions automatisées et le profilage

Dans certains cas, KLESIA Prévoyance pourra être amenée à mettre en œuvre des décisions automatisées ou des traitements de profilage fondés sur l'analyse de vos données. Dans chaque cas, KLESIA Prévoyance vous informera spécifiquement et vous permettra de contester une décision automatisée prise à votre égard.

Les destinataires de vos données personnelles

Dans le cadre des traitements de KLESIA Prévoyance, vos données peuvent être transmises à différents destinataires listés dans le tableau ci-dessous.

Le transfert de vos données personnelles hors de l'Union Européenne

KLESIA Prévoyance traite vos données personnelles en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, nous vous en informerions spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de vos données personnelles.

Les durées de conservation de vos données personnelles

Vos données personnelles sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire. Les durées de conservation varient en fonction des finalités et sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Vos droits

Vous disposez d'un droit d'accès aux données traitées, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement, à la portabilité de vos données.

Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles que KLESIA Prévoyance traite de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par vous-même et traitées sur la base de votre consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Vous pouvez également vous opposer, à tout moment, à un traitement de vos données :

- **pour des raisons tenant à votre situation particulière que KLESIA Prévoyance remercie d'argumenter ;**
- **lorsque vos données sont traitées à des fins de prospection, sans avoir à vous justifier.**

De plus, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site www.bloctel.gouv.fr

Par ailleurs, vous avez la possibilité :

- de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès ;
- de retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci.

Enfin, le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la CNIL via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de KLESIA Prévoyance.

L'exercice de vos droits auprès de KLESIA Prévoyance

Ces droits peuvent être exercés en justifiant de votre identité et en précisant le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification.

Pour toute information ou exercice de vos droits relatifs aux traitements de vos données personnelles gérés par KLESIA Prévoyance, vous pouvez contacter son Délégué à la Protection des Données (DPO) :

- par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr
- par courrier à l'adresse KLESIA- SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil Cedex.

Réclamation auprès de la CNIL

Vous disposez également d'une possibilité d'établir une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

Base légale du traitement	Finalités	Durée de conservation	Destinataires
Exécution d'un contrat d'assurance	• l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ; • la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ; • la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ; • l'élaboration de statistiques et études actuarielles ; • l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ; • la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits.	Contrats d'assurance santé et prévoyance 5 ans à compter de la fin du contrat OU Contrat d'assurance vie 10 ans après le décès de l'assuré et au maximum 30 ans en cas de non-réclamation du capital décès	• les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, • les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, • les prestataires, • les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions, • les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, • les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties, • les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité, • les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux. • les souscripteurs, les assurés, les adhérents et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants, • s'il y a lieu les bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat, • s'il y a lieu le responsable, les victimes et leurs mandataires ; les témoins, les tiers intéressés à l'exécution du contrat. • s'il y a lieu les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, • les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir, • les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne.
Obligation légale, réglementaire et administrative	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) : 5 ans à compter de la clôture du compte ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des clients.	• les personnes en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les clients dont ils ont la charge. • les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée. • les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment • la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor, • les autorités de contrôle compétentes • les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilités

Base légale du traitement	Finalités	Durée de conservation	Destinataires
Intérêt légitime du responsable de traitement	la mise en place d'actions de prévention	Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions	- les personnels habilités du Groupe KLESIA - les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions
	la gestion de notre relation commerciale	Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect	- les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques - les services chargés du contrôle ; - les sous-traitants et les partenaires - les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.
	la lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA	6 mois à compter de l'émission de l'alerte OU 5 ans à compter de la clôture du dossier Fraude OU 2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude : 5 ans à compter de l'inscription	- les personnels en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrats et de sinistres ; - les autres entités du Groupe KLESIA dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude ; - les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne ; - les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs ; - le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux ; - le personnel habilité des sous-traitants. - les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude, - les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux ; - les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude ; - les auxiliaires de justice et officiers ministériels ; - l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; - les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; - s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants.

Grille optique

GRILLE OPTIQUE	
A	Deux verres unifocaux (verres simples) - Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; - Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
B	Equipement comportant un verre A (verre simple) et un verre C (verre complexe) Verre unifocal (verre complexe) - Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif (verre complexe) - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
D	Equipement comportant un verre A (verre simple) et un verre F (verre très complexe)
E	Equipement comportant un verre C (verre complexe) et un verre F (verre très complexe)
F	Deux verres multifocaux ou progressifs (verres très complexes) - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Lexique

100% Santé

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations (optique, aides auditives, prothèses dentaires et matériel médical), intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Ayant droit

Personne bénéficiant des garanties du présent contrat du chef du Participant à condition d'avoir été préalablement affiliée.

Base de remboursement de la Sécurité sociale

C'est le tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement.

Il existe trois catégories de tarif :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire (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 (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire

Personne physique ou morale percevant la prestation prévue par les garanties du contrat lors de la réalisation du risque.

Conventionné / non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire.

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

En secteur non conventionné, pour les actes de chirurgie, de radiologie d'échographie et techniques médicaux, les consultations et visites des médecins, nos remboursements sont limités à ceux des médecins conventionnés non-signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession.

Ils peuvent pratiquer un tarif :

- soit fixe sans dépassement d'honoraires (Secteur 1). Ses honoraires correspondent aux tarifs qui servent de base au remboursement de la caisse d'assurances maladie,
- soit à honoraires libres (secteur 2). Les tarifs pratiqués par les médecins sont libres et fixés par le médecin et donc enclins aux dépassements d'honoraires.

Les professionnels de santé sont dits « hors convention » lorsqu'ils n'ont pas signé de convention avec la Sécurité sociale. Les médecins fixent librement leurs tarifs, avec des possibilités de dépassements d'honoraires.

Établissement de santé conventionné

Au sens de la notice d'information, on entend par ce terme aussi bien :

- L'Hôpital public : les frais sont payés directement par la Sécurité sociale à l'hôpital. Le ticket modérateur, le forfait journalier, la chambre particulière ou les frais annexes restent éventuellement à la charge de L'Assuré(e).
- Et l'Établissement privé : les frais sont également pris en charge par la Sécurité sociale. Les tarifs font l'objet d'une convention entre la Sécurité sociale et l'établissement hospitalier.

Établissement de santé non conventionné

Au sens de la notice d'information, on entend par ce terme aussi bien :

- L'établissement agréé par la Sécurité sociale : le tarif de remboursement est inférieur à celui appliqué en secteur conventionné.
- Et l'établissement non conventionné et non agréé : la Sécurité sociale n'accorde aucun remboursement.

Classe A (optique)

Équipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Classe B (optique)

Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée (dite de classe A), c'est-à-dire avec un tarif libre.

Classe I (aide auditive)

Équipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Classe II (aide auditive)

Équipement appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée, c'est-à-dire avec un tarif libre.

Dépassement d'honoraires

Différence entre les honoraires du professionnel de santé et la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Cette différence n'est jamais remboursée par cette dernière.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM-ACO (option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie chirurgie et obstétrique).

Entreprise ou Adhérent ou Employeur

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

Forfait journalier ou hospitalier

Participation du Participant aux frais entraînés par l'hospitalisation (hébergement et entretien) dans un établissement de santé. Cette participation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

Forfait patient urgences

Participation du patient aux frais liés à son passage aux urgences dans un établissement de santé. Cette participation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

Frais réels

Dépense réellement engagée par le Participant pour un acte médical donné.

Franchise médicale

Sommes déduites des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Ces franchises ne sont pas remboursées par le contrat.

Garantie

Engagement de l'Institution, en contrepartie du versement de cotisations convenues d'avance, à verser une prestation à l'occasion de la réalisation d'un risque garanti par le contrat.

Honoraire limite de facturation

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Des honoraires limites de facturation (HLF) sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier 100 % santé.

Honoraires de dispensation

Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients. Il existe cinq honoraires de dispensation. Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent, fixée à 70 % ou 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

L'Institution

Désigne l'organisme assureur soumis aux dispositions du Code de la Sécurité sociale

L'intermédiaire

Désigne un apporteur (courtier/mandataire)

Maladie

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

Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée :

Il s'agit des médecins ayant choisi d'adhérer à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Ces médecins sont signataires de la convention médicale et exercent en secteur 1 ou 2.

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée se rapportent à deux options qui sont, selon la spécialité médicale exercée par le professionnel :

- l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM),
ou
- l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie Chirurgie Obstétrique (OPTAM ACO), pour les médecins exerçant en anesthésie, en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.

Médecins non-signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée :

Il s'agit des médecins, conventionnés ou non, qui n'ont adhéré ni à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), ni à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie Chirurgie Obstétrique (OPTAM ACO).

Vous trouverez le secteur d'exercice de votre médecin et son éventuelle adhésion aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, en consultant [l'annuaire santé d'ameli.fr](http://annuaire.santé.ameli.fr).

En tout état de cause, dans le « contrat responsable », le remboursement prévu pour la consultation d'un médecin signataire bénéficiera du meilleur remboursement prévu au contrat pour ce poste.

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.

Panier 100% santé ou Panier à prise en charge renforcée

OPTIQUE

Équipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

DENTAIRE

Actes pour lesquels un Honoraire Limite de Facturation est instauré dans la convention dentaire et ferait l'objet d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Le but étant de les rendre accessibles sans reste à charge.

AIDES AUDITIVES ET MATERIEL MEDICAL

Équipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Panier reste à charge maîtrisé (DENTAIRE)

Actes à entente directe limitée (application des honoraires limites de facturation) avec reste à charge.

Panier Tarif Libre (DENTAIRE)

Actes appartenant à un panier autre que ceux à prise en charge renforcée ou à reste à charge maîtrisé, c'est-à-dire avec un tarif libre.

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter s'ils veulent bénéficier du remboursement maximal de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ce circuit doit débuter par la consultation du médecin traitant avant toute consultation de spécialiste, sauf ceux dont l'accès est direct.

Participant

Membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Il est revalorisé par décret chaque année (le montant du plafond de la Sécurité sociale est indiqué sur le site : [ameli.fr](https://www.ameli.fr)).

Prestation

Exécution de la garantie par l'Institution.

Prix Limite de Vente

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

Les aides auditives, les lunettes et le matériel médical retenus dans les paniers 100 % santé ont des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Taux de remboursement de la Sécurité sociale

C'est le taux sur lequel la Sécurité sociale se base pour effectuer ses remboursements. Il s'applique sur la base de remboursement de la Sécurité sociale et varie en fonction de l'acte médical.

Ticket modérateur

Différence entre la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie et le montant du remboursement effectué par la Sécurité sociale, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables. Cette part des frais médicaux est laissée à la charge des assurés ou peut être prise en charge par l'organisme complémentaire.

Annexe : Liste des entités juridiques bénéficiant du présent régime

RAISON SOCIALE	N° SIREN
GMF VIE	315814806
MAAF VIE	337804819
FIDELIA ASSISTANCE	377768601
FIDÉLIA SERVICES	479897936
EUROPEX (MAAF)	389272030
GIE LOGISTIC (MAAF)	389272139
EUROPAC (MAAF)	389272295
RCDI (MAAF)	389272386
EURODEM (MAAF)	389316290
ADC (MAAF)	391169109
EURO GESTION SANTE (MAAF)	392735171
GMF ASSURANCES	398972901
MMA VIE	440042174
MMA IARD	440048882
COVEA PROTECTION JURIDIQUE	442935227
MAAF ASSURANCES SA	542073580
MMA IARD ASSURANCES MUTUELLES	775652126
MAAF ASSURANCES	781423280
AM-GMF	775691140
MAAF SANTE	331542142
MMA VIE ASSURANCES MUTUELLES	775652118

* * * * *

