

Notice d'information

Régime complémentaire frais
de santé des salariés et anciens
salariés des organismes
de Sécurité sociale

Mise à jour au 1^{er} avril 2022





Sommaire

Préambule	4
Bénéficiaires du régime et conditions d'adhésion	5
Adhésion obligatoire du salarié.....	5
Ayants droit du salarié couverts à titre obligatoire.....	8
Ayants droit du salarié couverts à titre facultatif	10
Maintien des garanties au profit des anciens salariés	11
Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail (au titre de la portabilité des droits issue de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale).....	11
Maintien des garanties sans participation de l'employeur (régime d'accueil des anciens salariés).....	13
Tiers payant	16
Carte de Tiers Payant	16
Garantie	17
Description de la garantie frais de santé.....	17
Définitions de certains postes et pièces justificatives à joindre	20
Territorialité.....	24
Tableau des garanties	25
Degré élevé de solidarité.....	31
Cotisations	32
Assiette de cotisations.....	32
Modalités de paiement des cotisations	33
Évolution des cotisations.....	33
Défaut de paiement de la cotisation par l'Assuré (en l'absence de précompte par le souscripteur)	33
Dispositions générales.....	34
Prescription.....	34
Déchéance.....	34
Subrogation.....	34
Recours / Médiation.....	34
Protection des données personnelles	34
Organisme de contrôle	36
Lexique.....	37
Annexes	39

Préambule

Par Protocole d'accord du 12 août 2008, les partenaires sociaux ont institué un régime complémentaire de couverture des frais de santé au profit des salariés et anciens salariés des Organismes de Sécurité sociale.

Dans le respect de cet accord, tel que modifié par avenant du 28 juin 2016, et des dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale, les assureurs du régime sont sélectionnés au moyen d'une procédure dite de recommandation.

La recommandation a pour objectif de mutualiser les risques et d'instituer un degré élevé de solidarité. Elle permet de garantir sur la durée du contrat un niveau de couverture homogène pour l'ensemble des salariés et anciens salariés des organismes de Sécurité sociale.

À cet égard, par Protocole d'accord du 28 juillet 2021, agréé par les pouvoirs publics le 8 septembre 2021, les partenaires sociaux ont procédé, à l'issue d'une procédure de mise en concurrence, à la recommandation des assureurs du régime pour la période du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2026.

Dans ce cadre, la présente notice d'information décrit l'ensemble des droits, obligations et garanties dont vous bénéficiez, en tant que salarié ou ancien salarié d'un Organisme de Sécurité sociale, tels qu'ils découlent du Protocole d'accord du 12 août 2008 et de ses avenants et ce, **sans condition d'ancienneté**.

Les garanties auxquelles votre adhésion ouvre droit respectent, par ailleurs, le cahier des charges des contrats responsables, tel que modifié par décret du 11 janvier 2019, à la suite de la réforme du 100 % santé.

Nous mettons ainsi tout en œuvre pour vous assurer une protection sociale de qualité.

Pour tout renseignement, n'hésitez pas à contacter votre organisme assureur.



Bénéficiaires du régime et conditions d'adhésion

ADHÉSION OBLIGATOIRE DU SALARIÉ

Champ d'application

Adhère au présent régime frais de santé à adhésion obligatoire, sans délai de carence, l'ensemble du personnel salarié des organismes de Sécurité sociale (ci-après appelés « organisme adhérent » ou « organisme employeur ») ayant adhéré auprès de l'un des assureurs recommandés et relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Chaque salarié dûment affilié au présent régime est appelé « **Assuré** ».

Toutefois, en tant que salarié concerné par cette obligation d'adhésion, vous pouvez demander à en être dispensé dès lors que vous vous trouvez dans l'une des situations de dispense en vigueur. Votre demande de dispense est à effectuer auprès de votre organisme employeur qui en vérifie le bien fondé. Cette demande doit impérativement être formalisée par écrit et comporter la mention selon laquelle vous avez été préalablement informé par votre employeur des conséquences de votre choix.

Formalités d'adhésion du salarié au moment de l'embauche

Afin d'assurer dans les meilleurs délais l'enregistrement de votre adhésion et celle de vos ayants droit éventuels, vous devez accomplir certaines formalités :

- remplir le bulletin d'adhésion remis par le correspondant ressources humaines de votre organisme employeur, pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit (pour plus de détails sur l'adhésion des ayants droit, voir les paragraphes « *Adhésion des*

ayants droit couverts à titre obligatoire », page 8 et « *Adhésion des ayants droit couverts à titre facultatif* » page 10),

- retourner le plus rapidement possible ce bulletin d'adhésion complété et signé à votre correspondant des ressources humaines, accompagné des pièces justificatives mentionnées en annexe de la présente notice.

Suite à l'enregistrement de votre adhésion par l'organisme assureur, vous recevrez de celui-ci une carte de tiers payant sur laquelle figureront les bénéficiaires inscrits. Cette carte vous permet de bénéficier du tiers payant tel que défini ci-après, page 16.

Formalités en cas de modification de situation familiale ou administrative

Formalités à accomplir en cas de modification de votre situation familiale :

Toute évolution de votre situation de famille (nouvel ayant droit, perte de la qualité d'ayant droit, mariage, décès...), doit être portée à la connaissance de votre organisme employeur, qui vous fera compléter un bulletin individuel de modification d'adhésion, disponible auprès de votre correspondant des ressources humaines, que vous devrez ensuite lui retourner accompagné des pièces justificatives, dans les 15 jours qui suivent l'événement.

Si nécessaire, une nouvelle carte de tiers payant vous sera alors envoyée par votre organisme assureur.

Formalités à accomplir en cas de modification de votre situation administrative :

Il convient également de signaler très rapidement à votre organisme assureur toute modification de votre situation administrative ou de celle de vos ayants droit impactant la gestion de votre dossier (changement d'adresse, de Caisse primaire d'assurance maladie, de coordonnées bancaires...).

Date d'effet et durée de l'adhésion du salarié

Votre adhésion prend effet :

- dès la date d'effet de l'adhésion au régime de l'organisme de Sécurité sociale qui vous emploie, si votre contrat de travail était déjà en cours à cette date ;
- ou si vous êtes embauché ultérieurement, à la date de votre embauche dans l'organisme de Sécurité sociale adhérent.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date intervient à compter du 1^{er} jour de votre adhésion peuvent donner lieu à une prise en charge au titre du présent régime.

Votre adhésion prend fin :

- au dernier jour du mois au cours duquel vous ne remplissez plus les conditions d'adhésion et notamment à la date de fin de votre contrat de travail, sous réserve des possibilités de maintien de garanties, telles que précisées au paragraphe « Maintien des garanties », page 11 ;
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion au présent régime par votre organisme employeur ;
- à la date de retrait de la recommandation de l'organisme assureur par la Commission Paritaire de Pilotage du régime ou de renonciation à la recommandation par l'organisme assureur.

Suspension de votre adhésion en cas de suspension de votre contrat de travail

La suspension de votre contrat de travail entraîne la suspension de votre adhésion, sauf dans les cas suivants :

- suspension du contrat de travail emportant maintien total ou partiel du salaire (notamment les périodes de suspension liées à une maladie, une maternité ou un accident) ;
- suspension du contrat de travail donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur, y compris en cas d'activité partielle, activité partielle de longue durée ou de toute période de congé rémunéré par l'employeur ;
- autres cas de suspension du contrat de travail ouvrant droit à un maintien de l'adhésion obligatoire (cotisations calculées à partir d'un salaire reconstitué) :
 - arrêt de travail pour maladie ou accident du travail non rémunéré ;
 - congé de maternité ou d'adoption non rémunéré ;
 - congé parental d'éducation dans la limite d'un an ;
 - congé de formation non rémunéré dans la limite d'un an ;
 - congé de solidarité familiale ;
 - congé de proche aidant ;
 - congé de présence parentale.



À noter que le salarié reconnu en invalidité toujours inscrit à l'effectif, qui n'est plus rémunéré, mais qui continue à fournir des arrêts de travail pour maladie ouvre également droit au maintien de l'adhésion obligatoire.

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire (y compris pour les salariés reconnus en invalidité par la Sécurité sociale et dont le contrat de travail n'est pas rompu et qui ne fournissent plus d'arrêt de travail pour maladie), votre adhésion obligatoire est suspendue pendant la durée de la suspension de votre contrat de travail : vos garanties au titre du présent régime sont suspendues pour vous-même et vos ayants droit. Toutefois, vous pouvez demander à votre correspondant des ressources humaines le maintien de vos garanties à titre facultatif (pour vous-même et vos ayants droit), sous réserve du paiement d'une cotisation spécifique sans participation financière de l'employeur.

Pour bénéficier du maintien, vous devez en faire la demande dans les 15 jours qui suivent la suspension, en adressant à l'organisme assureur un bulletin d'adhésion dûment complété à cet effet. L'adhésion au maintien prend effet pour vous-même et vos ayants droit à la date de suspension du contrat de travail.

Vous pouvez demander à résilier le maintien facultatif chaque année à son échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une lettre recommandée à cet effet à l'organisme assureur au moins deux mois avant cette échéance (soit le 31 octobre au plus tard).

Vous pouvez également dénoncer le maintien facultatif en cours d'année, après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet d'adhésion du maintien selon les modalités et restrictions définies par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et ses textes d'application. La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par l'organisme assureur de la demande de résiliation.

La demande de dénonciation peut s'effectuer :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de fin de la suspension de votre contrat de travail. Dans ce cas, vous recouvrez (pour vous-même et vos ayants droit) les effets de l'adhésion obligatoire sans délai de carence. Lorsque la couverture des ayants droit avait été maintenue pendant la période de suspension du contrat de travail du salarié, celle-ci se poursuit sans formalités ;
- au terme de la durée de maintien d'un an pour les cas de congé parental d'éducation ou de formation visés ci-avant ;
- à la date d'effet de la résiliation, par l'organisme assureur, en cas de non-paiement de la cotisation correspondante ;
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion au présent régime par votre organisme employeur ;
- à la date d'effet de la dénonciation de votre adhésion au maintien individuel facultatif ;
- à la date de retrait de la recommandation de l'organisme assureur par la Commission Paritaire de Pilotage du régime ou de renonciation à la recommandation par l'organisme assureur.

AYANTS DROIT DU SALARIÉ COUVERTS À TITRE OBLIGATOIRE

Définition des ayants droit obligatoires

Vos ayants droit affiliés au régime à titre obligatoire sont :

Votre conjoint qui ne perçoit pas de revenus professionnels ou de revenus de remplacement (notamment allocation chômage, pension de retraite ou de pré-retraite, d'invalidité, rente accident du travail, indemnités journalières) ou dont le montant annuel de revenus professionnels ou de remplacement est inférieur à 10 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Est assimilé au conjoint :

- son époux/épouse, ni séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e) ;
- ou à défaut,
- toute personne liée avec le salarié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil ;
- ou à défaut,
- la personne vivant en couple avec l'assuré dans les conditions fixées par l'article 515-8 du Code civil, à condition que le salarié et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS).

Votre enfant ou celui de votre conjoint (ou assimilé) affilié à titre obligatoire au présent régime :

- jusqu'à son 27^e anniversaire à condition de remplir l'une des conditions suivantes :
- être à votre charge ou à celle de votre conjoint (ou assimilé), au sens de la législation de Sécurité sociale ;
- être lui-même assuré social d'un régime de Sécurité sociale obligatoire français et remplir l'une des conditions suivantes :
 - résider à votre domicile et percevoir annuellement des revenus professionnels ou de remplacement inférieurs à 10 % du plafond annuel de la Sécurité sociale ;
 - ou poursuivre ses études et être régulièrement inscrit dans un établissement ;
 - ou être demandeur d'emploi inscrit à Pôle emploi et non indemnisé à ce titre ;
 - ou être sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou stagiaire à condition de percevoir des revenus inférieurs à 80 % du SMIC brut et ne pas bénéficier par ailleurs d'un autre régime complémentaire de même nature à adhésion obligatoire.
- sans limite d'âge, pour les enfants bénéficiant d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité, dans la mesure où ils ne perçoivent pas de revenus supérieurs à 80 % du SMIC brut.

Vous devez déclarer vos ayants droit à votre employeur au moment de votre adhésion au régime ou lors de leur changement de statut en produisant une attestation sur l'honneur et autres pièces justificatives précisées en annexe 1. Leur situation est susceptible de faire l'objet d'un contrôle annuel par l'organisme assureur.

Toutefois, vous pouvez demander une dispense d'adhésion au présent régime pour vos ayants droit, dès lors qu'ils se trouvent dans l'une des situations de dispense applicables, telles qu'elles vous seront précisées par votre organisme employeur. Votre demande de dispense est à effectuer par écrit auprès de votre organisme employeur qui en vérifie le bien fondé.





Formalités d'adhésion des ayants droit à titre obligatoire

Les informations concernant vos ayants droit obligatoires doivent être indiquées sur votre bulletin individuel d'adhésion.

Les formalités à accomplir en cas d'évolution de votre situation de famille sont précisées ci-dessus à l'article « Formalités en cas de modification de situation familiale ou administrative », page 5.

Date d'effet et durée de l'adhésion des ayants droit à titre obligatoire

L'adhésion des ayants droit prend effet à la même date que le salarié, c'est à dire dès que celui-ci est admis à l'Assurance, sous réserve d'avoir été déclarés sur le bulletin individuel d'adhésion.

L'adhésion cesse pour chaque enfant au dernier jour du mois où il ne remplit plus les conditions pour être enfant ayant droit à titre obligatoire au sens de la définition ci-dessus. Il en est de même pour le conjoint, concubin ou partenaire de PACS s'il vient à perdre sa qualité d'ayant droit à titre obligatoire au sens de la définition ci-dessus.

La cessation d'adhésion du salarié entraîne automatiquement celle de l'ayant droit.

Toutefois, en cas de décès du salarié, ses ayants droit peuvent conserver le bénéfice des garanties - cf. article « Maintien des garanties sans participation de l'employeur (régime d'accueil des anciens salariés) », page 13.

Disposition particulière pour les couples travaillant dans le même organisme

Si vous et votre conjoint (ou assimilé tel que prévu ci-dessus) travaillez dans le même organisme de Sécurité sociale (exemple : même CAF, même CPAM, même URSSAF, etc...), que vous ayez ou non des enfants à charge, l'un des deux membres du couple peut être affilié en propre, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit. L'affilié principal, qui en fait la demande, est alors redevable d'une seule et unique cotisation familiale.

Pour plus d'informations sur les conditions à remplir et le bulletin individuel de modification d'adhésion à compléter, rapprochez-vous de votre correspondant des ressources humaines.

Dès lors que la situation (mariage, PACS concubinage) ayant justifié cet aménagement cesse, vous devez alors cotiser chacun obligatoirement en votre nom propre à compter du 1^{er} jour suivant la modification de votre situation.

Il en va de même en cas de départ de l'organisme de l'un des conjoints, ou de départ en retraite de l'un des conjoints, ou lorsque l'un des deux se trouve en suspension de contrat de travail sans maintien de couverture par l'employeur, ou bénéficie d'une rente d'invalidité avec suspension du contrat de travail.

AYANTS DROIT DU SALARIÉ COUVERTS À TITRE FACULTATIF

Définition des ayants droit facultatifs

Peuvent adhérer à **titre facultatif** au régime, sans participation financière de l'Employeur, en contrepartie d'une cotisation spécifique, et sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit :

- votre conjoint (ou assimilé), lorsqu'il ne remplit pas les conditions pour être votre ayant droit à titre obligatoire au sens de la définition ci-dessus, ainsi que ses enfants qui répondent à la définition d'enfant ayant droit prévue à l'article « définition des ayants droit obligatoires », page 8 ;
- l'enfant de votre enfant couvert par le régime en qualité d'ayant droit à titre obligatoire.

Formalités d'adhésion des ayants droit à titre facultatif

Pour faire adhérer vos ayants droit facultatifs au régime, vous devez indiquer les informations les concernant sur votre bulletin individuel d'adhésion ou, en cas de changement de votre situation familiale postérieurement à votre adhésion, vous pouvez faire une demande d'adhésion de vos nouveaux ayants droit dans les conditions prévues à l'article « Formalités en cas de modification de situation familiale ou administrative », page 5.

Date d'effet et durée de l'adhésion des ayants droit à titre facultatif

Sous réserve des formalités d'adhésion ci-dessus, l'adhésion de l'ayant droit à titre facultatif prend effet :

- soit concomitamment à celle du salarié,
- soit à la date de survenance d'un événement tel que : mariage, pacte civil de solidarité ou concubinage, perte de qualité d'adhérent à un contrat collectif de santé obligatoire et au plus tard à la date de fin de la période des droits à la portabilité,

et pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant sa date d'effet. Elle se renouvelle ensuite

par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dans les cas suivants :

- résiliation par l'organisme assureur, en cas de non-paiement des cotisations relatives à l'adhésion facultative ;
- résiliation de votre part par l'envoi d'une demande effectuée par écrit, sur support papier ou tout support durable à l'organisme assureur, avant le 31 octobre précédant la date de renouvellement, la résiliation intervenant le 31 décembre à minuit de l'année de la demande ;
- résiliation de votre part de la couverture facultative de votre conjoint (ou assimilé) en cas de changement de situation professionnelle de votre conjoint entraînant son adhésion à un autre régime collectif de santé à adhésion obligatoire. Dans ce cas, sur présentation des justificatifs, la résiliation s'applique à la date d'effet de l'adhésion du conjoint à l'autre régime.

Toute demande d'adhésion de votre part, hors les deux situations décrites ci-dessus n'est pas recevable.

Toute demande de résiliation de votre part dans le cadre d'une adhésion facultative est définitive, sauf cas particulier de la réintégration du conjoint qui cesse de bénéficier d'un autre régime de santé à adhésion obligatoire.

L'adhésion de l'ayant droit à titre facultatif prend fin en tout état de cause :

- au dernier jour du mois au cours duquel l'ayant droit ne remplit plus les conditions pour être adhérent à titre facultatif ;
- au dernier jour du mois au cours duquel le salarié dont dépend l'ayant droit à titre facultatif perd sa qualité d'Assuré ;
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion au présent régime par votre organisme employeur ;
- à la date de retrait de la recommandation de l'organisme assureur par la Commission Paritaire de Pilotage du régime ou de renonciation à la recommandation par l'organisme assureur.

Maintien des garanties au profit des anciens salariés

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL (au titre de la portabilité des droits issue de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale)

En cas de rupture de votre contrat de travail, vous avez la possibilité de bénéficier du maintien des garanties pendant votre période de chômage indemnisée dans les conditions définies ci-dessous.

Prise d'effet et durée du maintien des garanties au titre de la portabilité

Ce maintien prend effet dès le lendemain de la date de cessation effective du contrat de travail (terme du préavis effectué ou non) pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder **douze mois**, à compter de la date de cessation du contrat de travail.

La suspension des allocations chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien des droits.

Conditions cumulatives requises pour l'accès au maintien des garanties

L'ancien salarié doit satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- le contrat de travail doit avoir été rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont concernés (notamment licenciement à titre individuel ou pour motif

économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif légitime, convention de reclassement personnalisé), à l'exception de la faute lourde ;

- la rupture du contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'Assurance chômage ;
- les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur avant la cessation du contrat de travail.

Ce maintien est accordé, à titre gratuit, à l'ancien salarié et le cas échéant à ses ayants droit (à charge ou non) qui bénéficiaient effectivement des garanties au moment de la cessation du contrat de travail, ainsi qu'aux enfants (naissance, adoption) acquérant cette qualité pendant la période de maintien.

Le financement de ce maintien dans le régime est assuré par **mutualisation**.



Si vous avez renoncé au bénéfice du régime frais de santé du fait d'une dispense d'adhésion, vous ne pourrez pas, ainsi que vos ayants droit, prétendre au bénéfice de la portabilité des garanties.



Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont identiques à celles en vigueur pour les salariés actifs.

Modifications contractuelles

Toutes les modifications apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations, des conditions réglementaires, etc.), pendant la période de maintien des droits, seront opposables, dans les mêmes conditions, aux bénéficiaires du maintien de garantie au titre de la portabilité ainsi qu'à leurs ayants droit.

Modalités d'information

L'organisme employeur doit informer l'organisme assureur dans les plus brefs délais de la cessation du contrat de travail de ses anciens salariés.

Obligations du bénéficiaire du maintien des garanties

Le bénéficiaire du maintien doit justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période du maintien des garanties, des conditions énoncées ci-dessus et notamment de son indemnisation par le régime d'Assurance chômage, s'il souhaite bénéficier du maintien des garanties.

Il doit signaler également toute modification de sa situation (fin d'indemnisation chômage, reprise d'une activité professionnelle...) à l'organisme assureur et plus généralement, il doit informer immédiatement l'organisme assureur de toute évolution de sa situation justifiant la cessation du bénéfice de la portabilité.

Fin du maintien des garanties

Le maintien des garanties au titre de la portabilité prend fin :

- à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'Assurance chômage quel qu'en soit le motif ou dès lors que l'ancien salarié n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion souscrite par l'employeur ou de la date de dénonciation de l'accord du 12 août 2008 ;
- en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- au jour du décès de l'assuré.

Seuls les soins ou actes médico-chirurgicaux dont la date des soins est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties pourront être pris en charge.

À l'issue de cette période de maintien des garanties, l'intéressé peut, si les conditions sont réunies, bénéficier du régime des anciens salariés ci-après.

À ce titre, l'intéressé recevra de l'organisme assureur une proposition de maintien de la couverture au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la date de fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits.



MAINTIEN DES GARANTIES SANS PARTICIPATION DE L'EMPLOYEUR (régime d'accueil des anciens salariés)

Le régime d'accueil des anciens salariés vous est proposé, dès lors que vous bénéficiez d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'une allocation chômage, que vous n'exercez pas d'activité professionnelle (sauf dans le cadre d'un cumul emploi-retraite) et qu'à votre dernier jour d'activité, vous étiez salarié d'un organisme de Sécurité sociale adhérent.

Vos ayants droit sont également concernés dès lors qu'ils étaient couverts au titre du régime des actifs.

Le maintien facultatif de l'adhésion vaut tant que vous ne reprenez pas une activité professionnelle rémunérée, que vous conservez le bénéfice des prestations et pensions visées ci-dessus et que vous vous acquittez de la cotisation.

Le maintien facultatif de l'adhésion vaut, à votre choix, soit uniquement pour vous-même, soit pour vous-même et vos ayants droit à la date de cessation de votre contrat de travail.

Les garanties maintenues sont identiques à celle du régime des actifs. La cotisation spécifique correspondante est exclusivement à votre charge.

Autres cas ouvrant droit au bénéfice du régime d'accueil des anciens salariés :

- **En cas de décès d'un salarié actif**, ses ayants droit peuvent bénéficier du régime d'accueil des anciens salariés.
- **En cas de décès d'un ancien salarié bénéficiaire du régime d'accueil des anciens salariés**, ses ayants droit peuvent continuer à bénéficier de ce régime.



Formalités d'adhésion au régime d'accueil

Pour adhérer au régime d'accueil des anciens salariés, vous devez en faire la demande en adressant à l'organisme assureur un bulletin d'adhésion dûment complété, dans les six mois qui suivent votre départ de votre organisme employeur ou dans les six mois qui suivent la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien de garantie tel que prévu au paragraphe « *Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail (au titre de la portabilité des droits)* », page 11.

Vous pouvez vous procurer le bulletin d'adhésion au régime d'accueil, soit auprès de votre employeur, soit auprès de votre organisme assureur.

En cas de décès du salarié ou de l'ancien salarié, les ayants droit souhaitant adhérer au régime d'accueil doivent également en faire la demande auprès de l'organisme assureur en remplissant le bulletin d'adhésion prévu à cet effet et en l'adressant à l'organisme assureur dans les six mois suivant le décès.

En tout état de cause, l'intéressé recevra de l'organisme assureur une proposition de maintien de la couverture dans le cadre du régime d'accueil des anciens salariés, au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la date de l'évènement y ouvrant droit (cessation du contrat de travail, expiration des droits à portabilité, décès du salarié), dès lors que l'organisme assureur sera informé de cet évènement.

Cotisations du régime d'accueil

Cotisations de l'ancien salarié et de ses ayants droit :

La cotisation annuelle au titre du maintien est déterminée en fonction de la composition familiale et de la situation des personnes couvertes :

- la cotisation « Isolé » s'applique en cas de couverture de l'ancien salarié seul,
- la cotisation « Famille » s'applique en cas de couverture de l'ancien salarié et de ses ayants droit à charge tels que définis à l'article « Définition des ayants droit obligatoires », page 8 de la présente notice d'information,
- la cotisation « Ayant droit » s'applique en cas de couverture d'un ayant droit non à charge de l'ancien salarié tel que défini au paragraphe « Définition des ayants droit facultatifs », page 10 de la présente notice d'information.

Pour l'ancien salarié et ses ayants droit à charge, y compris après le décès de l'ancien salarié s'ils bénéficient d'une pension de réversion, la cotisation Isolé ou Famille est diminuée de la participation du fonds de financement des cotisations des anciens salariés. Le taux de cette participation est fixé chaque année par la Commission paritaire de pilotage.

Cotisations des ayants droit d'un salarié décédé :

En cas de décès d'un salarié :

- **ses ayants droit à charge** tels que définis au paragraphe précédent peuvent bénéficier d'un maintien de garanties dans les conditions suivantes :
 - gratuité de la cotisation pendant la 1^{ère} année d'adhésion suivant le décès du salarié ;
 - à compter de la 2^e année d'adhésion, paiement d'une cotisation équivalente à celle des actifs jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle l'ayant droit du salarié décédé atteint 62 ans ;
 - à compter du 1^{er} janvier qui suit le 62^e anniversaire de l'ayant droit du salarié décédé, paiement de la cotisation applicable aux anciens salariés
- **ses ayants droit non à charge** tels que définis au paragraphe précédent peuvent bénéficier d'un maintien de garanties dans les conditions suivantes :
 - maintien de la cotisation applicable aux ayants droit non à charge de salariés actifs jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle l'ayant droit du salarié décédé atteint 62 ans ;
 - à compter du 1^{er} janvier qui suit le 62^e anniversaire de l'ayant droit du salarié décédé, paiement de la cotisation applicable aux ayants droit non à charge des anciens salariés.

Modalités de paiement des cotisations :

Les cotisations concernant l'ancien salarié ou les ayants droit d'un salarié décédé sont appelées par l'organisme assureur directement auprès de l'Assuré concerné ou de son représentant légal.

Les cotisations sont payables mensuellement et dues le premier jour du mois auquel elles se rapportent.

À défaut du paiement des cotisations par un ancien salarié ou ayant droit de salarié décédé dans le mois qui suit leur échéance, les garanties sont suspendues quarante jours après l'envoi par l'organisme assureur d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à



laquelle les sommes dues doivent être payées. Elle informe l'Assuré qu'à l'expiration du délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de son adhésion.

Résiliation de l'adhésion au régime d'accueil

L'adhésion au régime d'accueil est souscrite pour une durée d'un an. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction, sauf dans les cas suivants :

- résiliation par l'adhérent dans les conditions ci-dessous ;
- résiliation par l'organisme assureur, en cas de non-paiement des cotisations par l'adhérent ;
- adhésion justifiée de l'adhérent à un régime obligatoire.

Vous avez la possibilité de résilier votre adhésion au régime d'accueil :

- soit avant le 31 octobre pour une résiliation à effet du 31 décembre de la même année à minuit ;
- soit au moins deux mois avant la date anniversaire de l'adhésion, pour une résiliation à effet de cette date anniversaire.

Vous avez également la possibilité de résilier votre adhésion au régime d'accueil, en cours d'année

par demande adressée à l'organisme assureur après expiration d'un délai de 12 mois suivant la date d'effet d'adhésion. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que l'organisme assureur en a reçu la demande.

Lorsque la résiliation prend effet en cours de mois, l'assuré n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

La demande de résiliation peut s'effectuer :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification du souscripteur ou de l'assuré.

Toute demande de résiliation par l'adhérent est définitive. La résiliation de l'adhésion vaut tant pour l'Assuré que pour ses ayants droit.



Tiers payant

Le tiers payant est un accord passé entre l'organisme assureur et les professionnels de santé qui vous dispense de faire l'avance des frais de santé entrant dans le cadre des prestations garanties.

Pour bénéficier de ce service, vous présentez aux professionnels de santé votre carte de tiers payant et votre attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale ou votre carte Vitale.

Le tiers payant fonctionne notamment pour l'hospitalisation, la pharmacie et, selon les accords existants, pour les soins hospitaliers externes, dans les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets de radiologie, les cabinets dentaires et auprès des opticiens.

Si vous réglez au professionnel de santé une partie des soins, vous devez réclamer un justificatif de paiement et l'adresser à votre organisme assureur.

Carte de Tiers Payant

Suite à l'enregistrement de votre adhésion par l'organisme assureur, vous recevrez de celui-ci une carte de tiers payant sur laquelle figureront les bénéficiaires inscrits. Cette carte vous permet de bénéficier du tiers payant tel que défini ci-contre.

Si vous quittez votre organisme employeur et dans tous les cas où vous ne remplissez plus les conditions pour bénéficier du présent régime, vous devez restituer votre ou vos carte(s) de tiers payant à votre correspondant des ressources humaines.



Garantie

DESCRIPTION DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

La garantie frais de santé, telle que prévue par la présente notice, consiste à vous faire bénéficier, ainsi qu'à vos ayants droit, de la prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, prescrits par une autorité médicale qualifiée et remboursés par la Sécurité sociale.

Les frais médicaux pris en charge par la Sécurité sociale font l'objet d'un remboursement complémentaire à l'exception des soins hors nomenclature, sauf cas expressément indiqués dans le tableau des garanties en page 25.

Les prestations sont dues au titre des soins de santé intervenant à compter de la date d'effet de l'adhésion et pendant la période durant laquelle le bénéficiaire adhère au régime.

A l'exception des prestations exprimées forfaitairement en euros, les prestations mentionnées dans le tableau des garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Le remboursement des prestations est, dans tous les cas, limité pour chaque acte aux frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire.

Contrat responsable

Votre contrat répond aux critères qualifiant les contrats de « solidaires et responsables ». Les prestations garanties au présent régime sont conformes aux dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et à ses décrets d'application, notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 du même code.

En conséquence, le présent régime frais de santé solidaire prend en charge obligatoirement les niveaux de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'Assurance maladie obligatoire y compris celles liées à la prévention, sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ;
- l'intégralité du forfait « patient urgences » ;
- les dépassements d'honoraires, prévus par la garantie, des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention médicale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, dans la double limite de 100 % de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré auxdits dispositifs minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement ;
- les prestations 100 % santé précisées ci-après.

Précisions sur le 100 % santé

Les équipements d'optique médicale :

La garantie distingue deux classes d'équipements optiques :

- la prise en charge des équipements de Classe A (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP¹ après l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100 % des frais réels, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) ;
- la prise en charge des équipements de Classe B « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. La prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verres, tels que précisés par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Enfin, le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.

La prise en charge d'un équipement (verres + monture) se fait par période de deux ans, appréciée à compter de la date d'acquisition. Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (telle que définie dans la LPP), ainsi que dans d'autres cas précisés par la LPP.

¹ Liste des Produits et Prestations

Les aides auditives :

La garantie distingue deux classes d'aides auditives :

- la prise en charge des équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100 % des frais réels ;
- la prise en charge des équipements de Classe II (« à tarifs libres ») au moins à hauteur du ticket modérateur. La prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tel que précisé par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4 ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Les soins dentaires :

La garantie distingue trois paniers de soins :

- la prise en charge des actes appartenant au panier de soins « 100 % Santé » (« reste à charge zéro ») au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100 % des frais réels engagés dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ;
- la prise en charge des actes appartenant au panier de soins à « reste à charge maîtrisé » au moins à hauteur du ticket modérateur ;
- la prise en charge des actes appartenant au panier de soins « à tarifs libres » au moins à hauteur du ticket modérateur.

Le mécanisme du tiers payant est mis en œuvre pour les garanties du contrat au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et, le cas échéant, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les équipements optiques et auditifs appartenant au panier de soins 100 % santé, ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation pour



les actes appartenant au panier de soins 100 % santé. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est cependant subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.

En revanche, le présent régime ne prend pas en charge :

- **la participation forfaitaire pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et pour les actes biologiques ainsi que les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale) ;**
- **la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) ou, à compter de sa mise en place, de non-autorisation d'accès au dossier médical partagé (article L.1111-15 du Code de santé publique) ;**
- **les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).**

Les montants et plafonds indiqués ci-dessus sont susceptibles d'évoluer en fonction des textes en vigueur. Ainsi, toute contribution forfaitaire, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue par les dispositions régissant les contrats responsables, ne sera pas remboursée au titre du présent régime. De même, toute nouvelle obligation de prise en charge sera intégrée au régime.

Comment vous faire rembourser ?

Dans la plupart des cas, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de télétransmission (NOEMIE) entre la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et votre organisme assureur. Grâce à lui, vous n'avez plus besoin d'envoyer vos décomptes ; c'est la CPAM qui s'en charge dès qu'elle a traité la feuille de soins.

Le règlement des prestations par votre organisme assureur s'effectue directement sur votre compte par virement bancaire.

Cependant, pour certains actes (dentaire, optique, hospitalisation, cure...) l'envoi de pièces justificatives à l'organisme assureur est nécessaire (voir ci-dessous paragraphe « *Définition de certains postes et pièces justificatives à joindre* »).

Si vous ne souhaitez pas bénéficier du système NOEMIE, vous devrez le préciser expressément sur votre bulletin d'adhésion. Vous devrez alors adresser à votre organisme assureur vos demandes de remboursement accompagnées des originaux des décomptes de la Sécurité sociale et, le cas échéant, des justificatifs des frais réels engagés.

Adhésion à plusieurs organismes complémentaires :

La liaison NOEMIE ne fonctionne qu'entre la CPAM et un seul organisme complémentaire. En cas d'adhésion à plusieurs organismes, vous devrez choisir celui auprès duquel la connexion souhaitée sera établie et l'indiquer lors de votre adhésion.

Si vous êtes bénéficiaire de plusieurs garanties frais de santé, vous pouvez obtenir le versement des prestations de chacune d'elles et ce, dans la limite des dépenses réellement engagées.

En cas de remboursement préalable d'un autre organisme complémentaire, il est nécessaire de présenter à votre organisme assureur l'original du relevé de prestations de cet organisme, les copies des décomptes de la Sécurité sociale et tout justificatif des frais réels engagés.

DÉFINITIONS DE CERTAINS POSTES ET PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE

Hospitalisation

La garantie des frais d'hospitalisation porte sur :

- les frais d'hospitalisation chirurgicale exposés en clinique ou à l'hôpital (service chirurgie) et faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire ;
- les frais d'hospitalisation médicale en cas de séjour en clinique ou à l'hôpital (service médecine) et faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire ;
- et de façon générale, les frais d'hospitalisation dans un établissement de santé sous réserve qu'ils soient remboursés par le Régime Obligatoire.

Les remboursements de l'organisme assureur sont effectués selon les taux et dans les limites données dans le tableau des garanties ci-après.

Tous suppléments, tels que suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde etc., ne donnent pas lieu à remboursement, à moins qu'ils ne soient pris en charge par le Régime Obligatoire.

Les frais d'accompagnement concernent les enfants à charge inscrits au régime, jusqu'à la veille de leur seizième anniversaire.

Ces frais sont pris en charge par l'organisme assureur, nuitée et/ou repas, sur présentation de la facture acquittée de l'établissement hospitalier ou maison d'accueil pour famille dans la limite prévue dans le tableau des garanties.

Forfait journalier

Somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé.

Sont exclus les établissements médicaux sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements pour personnes dépendantes (EHPAD).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Ce forfait n'est pas remboursé par la Sécurité sociale, il est pris en charge intégralement par le régime complémentaire sans limitation de durée.

Forfait Patient Urgences

Somme due par le patient pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Ce forfait n'est pas remboursé par la Sécurité sociale et est pris en charge intégralement par le régime complémentaire.

Actes techniques

Entrent dans cette rubrique : les actes techniques et de chirurgie (y compris petite chirurgie et actes de spécialité) qu'ils soient effectués lors d'une hospitalisation, en ambulatoire ou au cabinet d'un professionnel de santé, sous réserve qu'ils soient remboursés par le Régime Obligatoire.



Psychologie

La psychologie est une discipline vaste aux nombreuses spécialisations. Elle consiste en l'étude de l'humain : analyse et compréhension du langage, du comportement, du raisonnement notamment. Mettant du sens dans le verbal et non verbal, le conscient et l'inconscient, le psychologue procède par échanges (entretiens) pour comprendre et accompagner son patient.



Prise en charge des sommes dues par l'assuré dans le cadre d'un accompagnement psychologique par un psychologue dans les conditions fixées au tableau des garanties.

Le praticien doit être inscrit au répertoire ADELI, disposer d'une expérience professionnelle en psychologie clinique ou en psychopathologie de trois ans minimum et être sélectionné par le Ministère des Solidarités et de la Santé.

Dentaire

Prothèses dentaires

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe plusieurs types :

- Les prothèses fixes comme les couronnes et les bridges ;
- Les prothèses amovibles (appareil dentaire, dentier...).



Le chirurgien-dentiste est tenu de présenter un devis au patient contenant au moins une offre composée des prothèses appartenant au 100 % Santé.

Implant

Il s'agit d'une racine artificielle en titane fixée dans l'os de la mâchoire destinée à remplacer une racine dentaire perdue et à supporter une dent (ou un élément) prothétique. On distingue l'implant des autres éléments de la dent artificielle, à savoir le pilier implantaire, qui est vissé dans l'os, et la prothèse scellée sur le pilier prothétique intermédiaire. Le régime complémentaire intervient uniquement pour l'implant racine non remboursé par la Sécurité sociale. Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le montant des honoraires correspondant au traitement.

Orthodontie

Il s'agit de la discipline médicale pratiquée par les orthodontistes visant à corriger ou à prévenir les déformations des arcades dentaires ainsi que des malpositions dentaires.

Optique

La limitation en termes d'équipement vise la paire de lunettes, soit une monture et deux verres tous les deux ans.

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

Pour les assurés ayant un déficit de vision de loin et de près et n'optant pas pour des verres progressifs ou multifocaux, il est possible de prendre en charge deux équipements sur la période de deux ans de référence, corrigeant chacun un des deux déficits, **la précision étant que les règles de couverture (plancher, plafond, délai de renouvellement) s'appliquent individuellement à chaque équipement.**

Par dérogation, la période de deux ans est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (telle que définie en page 29).

La facture détaillée acquittée de la monture et des verres ainsi que la prescription médicale peuvent être demandées à des fins de contrôle.

En cas de nouvel équipement avant l'échéance des deux ans (équipement par période d'un an), l'intéressé devra fournir : la facture détaillée et les prescriptions médicales (initiale et actuelle) attestant le changement de correction.



L'opticien est tenu de présenter un devis au patient contenant au moins une offre composée d'un équipement de Classe A (100 % Santé).

Pour la chirurgie réfractive de l'œil, l'intéressé devra fournir la facture détaillée acquittée.

Dans le cadre de la chirurgie intraoculaire, il faut distinguer l'acte de chirurgie de l'implant intraoculaire.

Le régime complémentaire intervient uniquement pour l'acte de chirurgie.

Aides auditives

Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes sur prescription médicale.



L'audio-prothésiste est tenu de présenter un devis au patient contenant au moins une offre composée d'un équipement de Classe 1 (100 % Santé).

Cures thermales

Ne bénéficient des garanties prévues dans le tableau des garanties que les cures thermales faisant l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale. Les limitations imposées par le Régime Obligatoire s'impose donc de fait aux garanties précisées dans le tableau des garanties ci-après. Le transport et l'hébergement non remboursés par l'AMO sont pris en charge sur présentation des justificatifs de dépenses :

- la facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal,
- les décomptes de prestations du Régime Obligatoire,
- la facture acquittée des frais d'hébergement et de transport remboursés ou non par la Sécurité sociale.

Maternité

Les frais exposés au titre de la maternité et donnant lieu à l'intervention du Régime Obligatoire au titre de l'Assurance Maternité donnent lieu à l'intervention du Régime selon les mêmes modalités que pour les frais exposés au titre de la maladie ou de l'hospitalisation.

Médecine douce

La médecine douce est une **médecine alternative à la médecine conventionnelle**. Elle est prise en charge dans les conditions et les limites des montants indiqués dans le tableau des garanties.

• Ostéopathie

L'ostéopathie est une méthode de soin qui s'emploie à déterminer et à traiter les dysfonctions de la mobilité qui peuvent affecter l'ensemble des structures composant le corps.



- **Chiropraxie**

La Chiropraxie est une médecine manuelle pour les soins du dos et des articulations. La chiropraxie a pour objet la détection, le traitement et la prévention des dysfonctionnements du squelette et de ses conséquences, notamment au niveau de la colonne vertébrale et des membres.

- **Homéopathie**

L'homéopathie est une thérapie naturelle fondée sur le principe que le corps est capable de se guérir lui-même. En ce sens, l'homéopathie consiste à stimuler le système immunitaire en le confrontant à des quantités très diluées de substances qui provoquent des symptômes, pour mieux les combattre ensuite.

- **Acupuncture**

L'acupuncture fait partie de la médecine traditionnelle chinoise. Cet art thérapeutique associe les symptômes d'une maladie à un dérèglement de la circulation de l'énergie vitale dans l'organisme. Cette discipline consiste à introduire de fines aiguilles sur différents «points d'acupuncture» de la surface du corps pour stimuler l'énergie vitale. Les acupuncteurs doivent être des médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'Etat appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire.

- **Pédicurie-podologie**

La Pédicurie s'intéresse à l'hygiène du pied. Elle traite principalement les troubles épidermiques ou de l'ongle. La podologie étudie les déformations du pied, les pathologies et troubles posturaux notamment.

- **Diététique**

Le métier de diététicien consiste à former et à éduquer ses patients en matière de nutrition et de bonnes habitudes à acquérir. Il met en place des programmes alimentaires adaptés aux besoins de chaque patient et veille à ce qu'ils adoptent un régime sain et équilibré.

- **Nutrition**

La nutrition est l'étude des maladies liées au métabolisme et ayant une répercussion sur l'alimentation (troubles alimentaires, comme l'hyperphagie ou l'anorexie, et maladies comme le diabète et l'obésité notamment) et l'accompagnement vers l'adoption de nouvelles habitudes alimentaires tenant compte de ces facteurs.

La prise en charge de ces spécialités s'effectue sur présentation de la facture détaillée et acquittée sur laquelle figurent les coordonnées complètes du praticien.



Le praticien doit être enregistré dans un répertoire agréé de type ADELI (Automatisation Des Listes) ou FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux). C'est un système d'information national sur les professionnels relevant du Code de la santé publique et/ou du Code de l'action sociale et des familles ainsi que des personnes autorisées à faire usage de leur titre.

Autres

La prise en charge des spécialités définies ci-dessous ne s'applique que pour l'enfant à charge tel que défini au régime.

- **Ergothérapie**

L'ergothérapie rééduque le geste grâce à l'activité physique et manuelle, pour permettre à l'enfant de gagner en autonomie et de se relaxer.

- **Psychomotricité**

Le travail de psychomotricité envisage les troubles de la motricité dans leur rapport avec le mental. Il aide l'enfant à prendre conscience de son propre corps (représentation du schéma corporel), et à se repérer dans l'espace.

- **Rééducation orthoptique**

Elle corrige la vision et la motricité de l'œil (mobilité de droite à gauche et de haut en bas).

- **Psychologie et pédopsychiatrie**

Le psychologue et le pédopsychiatre (spécialiste des troubles mentaux des jeunes) traitent les éventuels troubles psycho-affectifs associés à ceux du langage.

La prise en charge de ces spécialités s'effectue sur présentation de la facture détaillée et acquittée sur laquelle figurent les coordonnées complètes du praticien.



Le praticien doit être enregistré dans un répertoire agréé de type ADELI (Automatisation Des Listes) ou FINESS (Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux). C'est un système d'information national sur les professionnels relevant du Code de la santé publique et/ou du Code de l'action sociale et des familles ainsi que des personnes autorisées à faire usage de leur titre.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ont été créés par la convention nationale médicale, passée entre la Sécurité sociale, les syndicats de médecins libéraux et l'organisme représentant les « complémentaires santé ». En adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, les médecins prennent des engagements quant à leur pratique de dépassements d'honoraires, en contrepartie d'avantages pour eux-mêmes, mais aussi pour leurs patients qui bénéficient, dans ce cas, d'un meilleur tarif de remboursement de l'Assurance maladie.

NB : L'organisme assureur se réserve le droit de réclamer toute autre pièce justificative nécessaire au règlement de la prestation.

TERRITORIALITÉ

Les garanties ne vous sont acquises que si vous exercez votre activité sur le territoire français. Les garanties de frais de santé souscrites produisent cependant leurs effets dans le monde entier si votre séjour à l'étranger n'excède pas trois mois et si vous êtes détaché par l'employeur au sein de l'Union Européenne, sous réserve que vous bénéficiiez du régime général de la Sécurité sociale. Les prestations de votre organisme assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale française et sont payées en euros.



TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATIONS		REMBOURSEMENT TOTAL Assurance Maladie Obligatoire + Assurance Maladie Complémentaire dans la limite des frais engagés
HOSPITALISATION Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Honoraires		
Actes et soins		
Médecins signataires DPTM		400 % de la BR
Médecins non-signataires DPTM		200 % de la BR
Forfait sur les actes dits « lourds »		100 % des Frais réels
Frais de séjour		400 % de la BR
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		100 % des Frais réels
Forfait patient urgences		100 % des Frais réels
Chambre particulière (y compris ambulatoire)		50 € / jour (limité à 100 jours par année civile)
Frais d'accompagnement de l'enfant à charge, inscrit au régime (jusqu'à la veille de son 16^e anniversaire)		50 € / jour
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites - Médecins généralistes		
Médecins signataires DPTM		200 % de la BR
Médecins non-signataires DPTM		180 % de la BR
Consultations et visites - Médecins spécialistes		
Médecins signataires DPTM		300 % de la BR
Médecins non-signataires DPTM		200 % de la BR
Actes d'imagerie		
Médecins signataires DPTM		150 % de la BR
Médecins non-signataires DPTM		130 % de la BR
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
• Médecins signataires DPTM		300 % de la BR
• Médecins non-signataires DPTM		200 % de la BR
Psychologue*		100 % de la BR/bénéficiaire/année civile (dans la limite de 8 séances)
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux		100 % de la BR

PRESTATIONS		REMBOURSEMENT TOTAL Assurance Maladie Obligatoire + Assurance Maladie Complémentaire dans la limite des frais engagés
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale		100 % de la BR
Médicaments		
Médicaments à Service Médical Rendu important		100 % de la BR
Médicaments à Service Médical Rendu modéré		
Médicaments à Service Médical Rendu faible		50 % de la BR
Contraception prescrite non remboursée par l'AMO		220 € / bénéficiaire / année civile
Matériel médical		
Orthopédie, prothèses, accessoires, appareillages remboursés par l'AMO (hors auditives, dentaires et optique)		400 % de la BR
Orthopédie, prothèses, accessoires, appareillages non remboursés par l'AMO (hors auditives, dentaires et optique)		165 € / bénéficiaire / année civile
Transport sanitaire		100 % de la BR
Forfait sur les actes dits "lourds"		100 % des Frais réels
DENTAIRE		
Soins		
Actes et consultations		100 % de la BR
Orthodontie remboursée par l'AMO		350 % de la BR
Soins et prothèses 100 % santé		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement		Frais réels dans le respect des HLF
Prothèses hors 100 % santé		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, tels que définis réglementairement		
Panier à honoraires maîtrisés inlays onlays et autres prothèses		450 % de la BR dans le respect des HLF
Panier à honoraires libres inlays onlays et autres prothèses		450 % de la BR
Actes non remboursés par l'AMO		
• Parodontologie		200 € / bénéficiaire / année civile
• Prothèses		322,50 € / prothèse
• Implant (hors pilier)		650 € / implant
• Orthodontie		200 % de la BR reconstituée

PRESTATIONS		REMBOURSEMENT TOTAL Assurance Maladie Obligatoire + Assurance Maladie Complémentaire dans la limite des frais engagés
OPTIQUE Équipement optique : 1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. Voir les conditions de renouvellement détaillées ci-dessous.		
Équipements 100 % santé		
Classe A Verres et/ou monture, tels que définis réglementairement ⁽²⁾		
Monture		Frais réels dans la limite des PLV
Verres (tous types de correction)		
Prestations d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différent		
Supplément pour verres avec filtres		
Équipements hors 100 % santé		Voir grille optique
Classe B - Tarifs libres Verres et/ou monture ⁽²⁾		
Monture		100 €
Verres Adulte et Enfant de 16 ans et plus		Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres
Verres Adulte et Enfant de moins de 16 ans		
Supplément pour verres avec filtres		100 % de la BR
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B		100 % de la BR
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)		
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles remboursées par l'AMO		300 € / bénéficiaire / année civile (au minimum 100 % de la BR pour les lentilles remboursées par l'AMO)
Lentilles prescrites non remboursées par l'AMO		
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO		500 € / œil / bénéficiaire

PRESTATIONS		REMBOURSEMENT TOTAL Assurance Maladie Obligatoire + Assurance Maladie Complémentaire dans la limite des frais engagés
AIDES AUDITIVES Le renouvellement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'applique pour chaque oreille indépendamment à compter du 1 ^{er} janvier 2021.		
Aide auditive jusqu'au 31/12/2020 (renouvellement anticipé possible sous respect des conditions requises)⁽³⁾		
Aides auditives classe I et classe II		100 % de la BR + 1100 € par oreille
Piles et autres consommables ou accessoires, réparations ⁽⁴⁾		100 % de la BR
Aide auditive à compter du 01/01/2021		
Équipement 100 % santé		
Classe I - Soumis à des prix limites de vente		
Équipements tels que définis réglementairement Aides auditives au-delà de leur 20 ^e anniversaire Aides auditives classe I et classe II		Frais réels dans la limite des PLV
Équipement hors 100 % santé		
Classe II - Tarifs libres		
Équipements tels que définis réglementairement Aides auditives jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) Aides auditives au-delà de leur 20 ^e anniversaire		1 700 € par oreille 1 500 € par oreille
Piles et autres consommables ou accessoires, réparations ⁽⁴⁾		100 % de la BR
CURE THERMALE ⁽⁵⁾		
Soins, transport, hébergement pour les personnes de moins de 16 ans		100 % de la BR + 275 € / bénéficiaire / année civile
Soins, transport, hébergement pour les personnes de 16 ans et plus		100 % de la BR + 250 € / bénéficiaire / année civile
AUTRES ACTES		
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % de la BR

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT TOTAL Assurance Maladie Obligatoire + Assurance Maladie Complémentaire dans la limite des frais engagés
MÉDECINE DOUCE	
Ostéopathe, Homéopathe, Acupuncteur, Pédicure-Podologue, Diététicien, Nutritionniste, Chiropracteur	60 % des Frais réels limités à 50 € / année civile / bénéficiaire
AUTRES (uniquement pour les enfants à charge jusqu'au 27^e anniversaire tels que définis au régime)	
Psychomotricien, Ergothérapeute, Psychologue**, Pédopsychiatre, Orthoptiste	60 % des Frais réels limités à 200 € / année civile / bénéficiaire

Abréviations : AMO : Assurance Maladie Obligatoire / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée. / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. RSS : Remboursement Sécurité Sociale ; HLF : Honoraire Limite de facturation ; PLV : Prix Limite de Vente / RSS : Remboursement Sécurité sociale

* Psychologue : prise en charge à compter du 01/04/2022 des séances de psychologie pour les adultes et les enfants de plus de 3 ans, conformément au décret n° 2022-195 du 17 février 2022 et aux arrêtés des 2 et 8 mars 2022.

** Les séances de psychologie « autres » sont remboursées lorsque la consultation ne rentre pas dans le dispositif de prise en charge par l'Assurance maladie (exemple : psychologue non conventionné) ou au-delà des 8 séances fixées par celui-ci.

(1) sans limitation de durée (pour le forfait journalier le montant est au 01/01/2018 de 20 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15 euros par jour pour un séjour en psychiatrie)»

(2) Conditions de renouvellement pour un équipement optique
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(3) Conditions de renouvellement anticipé pour une aide auditive

Un renouvellement anticipé de la prise en charge de l'aide auditive peut toutefois intervenir, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article R. 165-24 du Code de la Sécurité sociale, si les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- période d'au moins deux ans écoulée suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment),
- renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire.

(4) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018

(5) Cure thermique : y compris le transport et l'hébergement non remboursés par l'AMO

GRILLE OPTIQUE

VERRES UNIFOCaux/ MULTIFOCaux/ PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH=sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	BASE PRIME		Classe de verre
			Montant en € par verre (RSS inclus)		
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans	Selon le décret du 11 janvier 2019
UNIFOCaux	Sphériques	SPH de - 6 à +6 (*)	160€	160€	Verre simple
		SPH < à - 6 ou > à + 6	300€	300€	Verre complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	160€	160€	Verre simple
		SPH > 0 et S ≤ + 6	160€	160€	Verre simple
		SPH > 0 et S > + 6	300€	300€	Verre complexe
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	300€	300€	Verre complexe
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	300€	300€	Verre complexe
PROGRESSIFS ET MULTIFOCaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	300€	300€	Verre complexe
		SPH < à - 4 ou > à + 4	350€	315€	Verre très complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de -8 à 0 et CYL ≤ + 4	300€	300€	Verre complexe
		SPH > 0 et S ≤ + 8	300€	300€	Verre complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	350€	315€	Verre très complexe
		SPH > 0 et S > + 8	350€	315€	Verre très complexe
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	350€	315€	Verre très complexe

Degré élevé de solidarité

La Commission Paritaire de Pilotage a pour mission de définir les actions relevant du degré élevé de solidarité, conformément à l'article 16 du Protocole d'accord du 12 août 2008, tel que modifié par avenant du 28 juin 2016.

Il est notamment institué un fonds de solidarité des régimes des salariés et des anciens salariés, destiné au financement des actions relevant du degré élevé de solidarité.

Pour bénéficier de ce fonds de solidarité, vous devez constituer un dossier à retirer auprès de votre organisme assureur, qui le transmettra pour décision une fois que celui-ci sera complet (cet imprimé est également disponible auprès de votre correspondant des ressources humaines et sur le site de l'UCANSS).

Les décisions d'attribution sont prises par une Commission ad hoc issue de la Commission Paritaire de Pilotage.

GESTION DU FONDS DE SOLIDARITÉ

Le fonds de solidarité est géré sous le contrôle de la Commission Paritaire de Pilotage (CPP) qui :

- établit le règlement du fonds de solidarité : conditions dans lesquelles des aides exceptionnelles peuvent être versées (types de dépenses susceptibles d'être prises en charge dans ce cadre et conditions pour les bénéficiaires),
- organise la gestion et, notamment, attribue les aides exceptionnelles après instruction des dossiers, dans la limite des ressources disponibles.



Cotisations

ASSIETTE DE COTISATIONS

La cotisation annuelle obligatoire est déterminée en fonction de la composition familiale suivant deux types de cotisation :

Cotisation « isolé » :

- pour les salariés justifiant ne pas avoir d'ayant droit obligatoire au sens de la définition fixée au paragraphe « Définition des ayants droit obligatoires », page 8 ;
- pour les salariés dont les ayants droit à titre obligatoire ont été dispensés d'adhésion.

Cotisation « famille » :

- pour les salariés ayant déclaré des ayants droit à titre obligatoire ;
- pour les couples travaillant dans le même organisme qui en font la demande (cf. paragraphe « disposition particulières pour les couples travaillant dans le même organisme » page 9).

Pour l'adhésion à titre obligatoire, le taux de cotisation s'applique sur une base constituée :

- pour une part : du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) en vigueur ;
- pour une autre part : du salaire brut d'activité soumis à cotisation sociales, limité au PASS en vigueur (salaire Tranche A).

La cotisation obligatoire donne lieu à une participation par votre employeur.

Les salariés relevant du régime Alsace-Moselle bénéficient de taux de cotisation minorés.

Les majorations et éléments de salaire spécifiques aux salariés travaillant dans les organismes des départements et régions d'outre-mer ne doivent pas avoir pour effet de majorer le montant de la cotisation.

Pour les adhérents à titre facultatif et les ayants droit facultatifs

Pour l'adhésion à titre facultatif, la cotisation est exprimée en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale. Elle ne donne pas lieu à participation de l'employeur.

Pour les salariés reconnus en invalidité, dont le contrat de travail est suspendu et qui relèvent d'une adhésion à titre facultatif, l'assiette de la cotisation « isolé » ou « famille » est minorée de 25 %.

MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Adhésion à titre obligatoire

La part de cotisation du salarié est précomptée directement par l'employeur sur le bulletin de salaire. En cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident, la part de cotisation continue à être prélevée par l'employeur.

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix jours de son échéance, l'Assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception à l'Adhérent.

Si le paiement n'intervient pas, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure à l'Adhérent et le contrat est résilié dix jours après la date d'effet de la suspension. La résiliation met fin aux garanties pour l'ensemble des bénéficiaires.

Adhésion à titre facultatif

La cotisation additionnelle par ayant droit couvert à titre facultatif est prélevée mensuellement, directement sur le bulletin de salaire du salarié.

Pour les autres cas d'adhésion facultative prévus par le présent régime, la cotisation est prélevée par l'organisme assureur sur le compte bancaire de l'Assuré, pour l'assuré et ses ayants droit.

L'Assuré n'est dans tous les cas redevable que de la partie des cotisations correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert.

ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations et les contributions éventuelles évolueront conformément aux dispositions du Protocole d'accord du 12 août 2008 et de ses avenants.

DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ASSURÉ (en l'absence de précompte par le souscripteur)

A défaut du paiement par l'Assuré des cotisations dues au titre d'une adhésion facultative, dans le mois qui suit leur échéance, les garanties sont suspendues, quarante jours après l'envoi par l'organisme assureur d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Elle informe l'Assuré qu'à l'expiration du délai de quarante jours le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de son adhésion et donc la cessation de la garantie pour les personnes ainsi couvertes à titre facultatif.



Dispositions générales

PRESCRIPTION

Toute action dérivant de l'application des dispositions de l'adhésion au présent régime se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance.

Quand l'action du salarié ou de ses ayants droit contre l'organisme assureur 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 le salarié ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par le bénéficiaire ou par l'organisme assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur au souscripteur ou au salarié ou l'ayant droit en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le salarié ou l'ayant droit à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

DÉCHÉANCE

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'affilié, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications ; l'annulation des droits aux prestations peut être alors prononcée, sans préjudice des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

SUBROGATION

Lorsque l'Assuré ou un ayant droit est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'organisme assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son organisme assureur.

RECOURS / MÉDIATION

Les modalités de réclamation et de recours à la médiation en lien avec l'application du présent régime, sont précisées en annexe 2 de la présente notice d'information.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'Adhérent, l'Assuré et ses ayants droit reconnaissent avoir été informé par l'Assureur, en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'Assureur a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email ou par courrier aux adresses précisées au paragraphe 2.

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

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution des autres contrats souscrits auprès de l'Assureur ;

- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles et de fidélisation ;
- la gestion de vos avis sur les produits, services ou contenus proposés par l'Assureur ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme) ;
- la proposition de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'Assureur ou ses partenaires.

L'Assureur s'engage à ne pas exploiter vos données personnelles à d'autres fins que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à votre situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à votre vie personnelle, à votre santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, l'Assureur utilise votre NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») et celui de vos ayants droit pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.



En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, votre consentement explicite et spécifique et celui de vos ayants droit est recueilli pour permettre le traitement des données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires de vos données à caractère personnel peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de l'Assureur en charge des traitements relatifs à ces données ainsi que, le cas échéant, ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et l'Adhérent. Vos données de santé sont destinées aux seuls services en charge des traitements relatifs à ces données au sein de l'Assureur et à toute personne placée sous la responsabilité de ces services exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'Assureur s'engage à ce que vos données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés. Vos données à caractère personnel relatives à la santé sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Si vos données à caractère personnel venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la commission européenne : l'Assureur s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

L'Assureur s'engage à ce que vos données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les durées de conservation de vos données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance et de la relation clients varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'Assureur et des prescriptions légales applicables.

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

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

2. Vous disposez d'un droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci et de décider du sort de ces données post-mortem. Vous disposez également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel

dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, sur simple demande écrite (par email à ou par courrier) aux adresses précisées en annexe de la présente notice d'information.

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

En cas de prospection commerciale par téléphone : vous disposez également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel.

Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

ORGANISME DE CONTRÔLE

L'organisme chargé du contrôle de l'organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 place de Budapest - CS92459 - 75436 Paris cedex 09.



Lexique

Dossier médical partagé

Il contient des informations sur la santé du patient (allergies, résultats d'examens, traitements en cours...). Mis à jour par le médecin traitant et chaque professionnel de santé, ce dossier est informatisé dans le strict respect du secret médical.

Forfait de 1 euro

Participation forfaitaire d'un euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse,
- et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à quatre par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Forfait « actes lourds »

Participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.

Franchise

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1^{er} janvier 2008.

Son montant est de :

- 0,50 euro par boîte de médicaments ;
- 0,50 euro par acte paramédical ;
- 2 euros par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 euros par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 euros par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

Médecin traitant

Médecin chargé de la prise en charge du patient ou de son orientation vers un confrère (médecin correspondant) pour un avis ponctuel ou un suivi régulier. C'est dans la grande majorité un généraliste, mais il peut s'agir également d'un spécialiste. Le choix du médecin traitant doit avoir été déclaré à l'organisme d'Assurance maladie.

Médecin correspondant

Généraliste ou spécialiste vers lequel le patient est orienté par son médecin traitant.

Avis ponctuel : avis « d'expert » qui ne prescrit pas de traitement (une visite au maximum tous les six mois).

Suivi régulier : prend en charge le traitement du patient jusqu'à guérison de la pathologie spécifique pour laquelle le patient lui a été adressé par le médecin traitant.

Option de coordination

Engagement d'un médecin généraliste ou spécialiste exerçant en secteur 2, à réaliser au moins 30 % de ses honoraires sur la base des tarifs conventionnels du secteur 1 pour les patients adressés par leur médecin traitant.

Parcours coordonné

Mode d'accès aux soins prévoyant, pour le patient, un recours quasi systématique à son médecin traitant pour tout problème de santé. C'est lui qui conseille à son patient d'aller, si nécessaire, consulter un médecin spécialiste, en libéral ou à l'hôpital.

Reste à charge

Part de la dépense du patient qui n'est pas prise en charge, ni par la Sécurité sociale, ni par sa complémentaire santé. Il peut s'agir notamment des dépassements d'honoraires.

Spécialistes en accès direct

Il n'est pas obligatoire de passer par son médecin traitant pour consulter un gynécologue, un ophtalmologue ou encore un psychiatre (de 16 à 25 ans pour la psychiatrie). Les dentistes sont aussi en accès direct, car ils ne sont pas concernés par le système du parcours coordonné.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient, au moins par l'affichage de ses tarifs en salle d'attente.

Médecin conventionné Secteur 1

Un médecin qui exerce en secteur 1 est « conventionné » et il applique un tarif fixe. Un spécialiste en secteur 1 peut toutefois pratiquer des majorations tarifaires hors parcours de soins.

Médecin conventionné Secteur 2

Un médecin qui exerce en secteur 2 est « conventionné honoraires libres » et fixe lui-même ses tarifs. L'assurance maladie rembourse sur la base du secteur 1.

Médecin non conventionné

Certains médecins n'ont pas signé de convention avec la Sécurité sociale et pratiquent des honoraires non encadrés. La Sécurité sociale calcule alors son remboursement sur la base d'un tarif de responsabilité spécifique, le Tarif d'Autorité (TA).

PMSS

Le plafond mensuel de la Sécurité sociale correspond au salaire de référence fixé chaque année par la Sécurité sociale. Il est revalorisé chaque année et peut être consulté sur le portail de la Sécurité sociale : www.securite-sociale.fr

Ticket modérateur

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

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, invalidité etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD).

Nomenclature

Les nomenclatures définissent et codifient les actes pris en charge et non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.



Annexes

ANNEXE 1 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR LORS DE L'ADHÉSION

Assuré	Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale délivrée par votre caisse d'Assurance maladie + relevé d'identité bancaire
Conjoint	Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale délivrée par sa caisse d'Assurance maladie + Pour l'adhésion du conjoint à charge : Attestation sur l'honneur de l'assuré certifiant que son conjoint ne perçoit pas de revenu au titre d'une activité professionnelle ou de remplacement (chômage, retraite etc) ou de revenu supérieur à 10 % du PASS
Concubin	Justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture et attestation sur l'honneur + attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale délivrée par sa caisse d'Assurance maladie + Pour l'adhésion du concubin à charge : Attestation sur l'honneur de l'assuré certifiant que son concubin ne perçoit pas de revenu au titre d'une activité professionnelle ou de remplacement (chômage, retraite etc) ou de revenu supérieur à 10 % du PASS
Partenaire de PACS (Pacte Civil de Solidarité)	Contrat de PACS + Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale délivrée par sa caisse d'Assurance maladie + Pour l'adhésion du partenaire à charge : Attestation sur l'honneur de l'assuré certifiant que son partenaire ne perçoit pas de revenu au titre d'une activité professionnelle ou de remplacement (chômage, retraite etc) ou de revenu supérieur à 10 % du PASS
Enfant à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale	Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, justifiant de la qualité d'ayant droit de l'enfant
Enfants jusqu'à son 27^e anniversaire, qui poursuit ses études à temps plein	Certificat de scolarité fourni annuellement + attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale
Enfants jusqu'à son 27^e anniversaire, en contrat d'apprentissage, de professionnalisation ou stagiaire et percevant une rémunération inférieure à 80 % du SMIC brut	Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou convention de stage + attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale de l'enfant + attestation fiscale ou à défaut le dernier bulletin de salaire
Enfants jusqu'à son 27^e anniversaire demandeurs d'emploi inscrits et non indemnisés par Pôle emploi	Attestation d'inscription à Pôle emploi + justificatif de non-indemnisation + attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale

Enfants jusqu'à son 27^e anniversaire résidant au domicile de ses parents et ne percevant pas des revenus professionnels ou de remplacement supérieurs à 10 % du PASS	Attestation sur l'honneur
Enfant handicapé (sans limite d'âge) ne percevant pas de revenus mensuels supérieurs à 80 % du SMIC brut	Attestation sur l'honneur + Justificatif de la MDPH (Maison Départementale des personnes handicapées)

Certaines pièces justificatives ont une durée de validité d'un an. Chaque année votre organisme assureur vous demandera de lui transmettre les justificatifs afin de prolonger les droits de vos enfants à charge.

Il se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire.

Poursuite d'études à temps à plein	Sont concernés les enfants inscrits dans un établissement d'études secondaires, universitaire ou une faculté, dans un IUT ou un établissement habilité à délivrer un BTS, en classe préparatoire aux Grandes Ecoles, dans une école supérieure publique ou privée (sous contrat avec l'Education Nationale)
Poursuite d'études à temps partiel	Sont concernés les enfants qui poursuivent des études en contrat d'apprentissage (apprentissage ou professionnalisation) ou de stage (y compris les enseignants stagiaires) et dont les ressources sont inférieures à 80 % du SMIC brut



ANNEXE 2 – RECOURS / MÉDIATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, l'employeur et les salariés peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée comme suit à l'organisme assureur :

- **Pour l'organisme employeur :**
reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com
ou à l'adresse du Service Réclamations
Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt
Cedex,
- **Pour vous :**
reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du
Service Réclamations Particuliers Assurance -
78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, votre organisme employeur, vous et ou / vos bénéficiaires pouvez adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP),

- à l'adresse suivante : M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris
- ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.



ANNEXE 3 – CONTACTS MALAKOFF HUMANIS

Vos interlocuteurs



Les prestations Santé et informations

- Pour les salariés des organismes des départements de la région Centre (départements : 18, 28, 36, 37, 41, 45), la gestion des prestations Santé est assurée par la Mutuelle Muros :
Muros – Centre
26 boulevard Marie Stuart
45000 ORLEANS
Tél. 0 809 100 125



- Pour les salariés des autres organismes ainsi que les adhésions individuelles, les prestations Santé sont gérées par Malakoff Humanis :
Service Prestations Santé Malakoff Humanis
Centre UCANSS
TSA 90244
78281 SAINT QUENTIN EN YVELINE Cedex
Tél. 0 806 064 400
(numéro réservé aux salariés)
Tél. 0 809 102 807
(numéro réservé aux anciens salariés)



Adhésions individuelles pour les anciens salariés

■ Pour les anciens salariés, ayant déjà bénéficié du contrat Frais de santé en tant que salarié, vous pouvez retirer votre bulletin d'adhésion individuelle auprès de votre service du personnel. Si vous ne parveniez pas à l'obtenir vous pouvez vous adresser aux Assurances Individuelles qui répondront à toutes vos questions relatives à votre adhésion.

monconseillerucanss@malakoffhumanis.com

Tél. 0 800 643 643

(appel gratuit depuis un poste fixe).

Pour contacter Malakoff Humanis dans le cadre de l'informatique et libertés :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté :

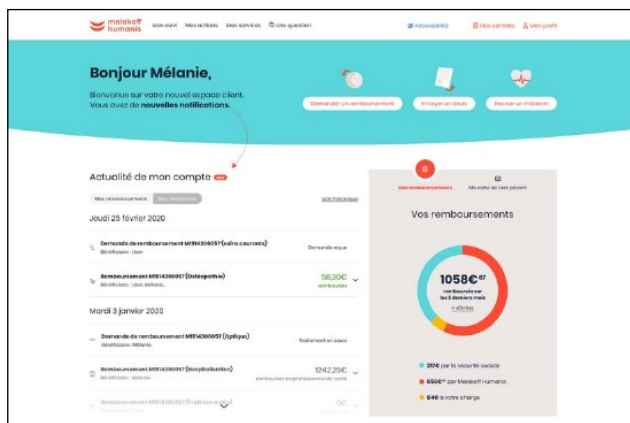
- Par email : dpo@malakoffhumanis.com,
ou
- Par courrier :
Malakoff Humanis
Pôle Informatique et Libertés Assurance
21 rue Laffitte
75317 Paris Cedex 9

ANNEXE 4 – VOS SERVICES ET GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

L'ESPACE CLIENT PARTICULIERS

Parce que nous souhaitons vous apporter une vision claire de votre protection santé, nous mettons à votre disposition un espace digital personnalisé sur notre site internet : <https://particulier.malakoffhumanis.com>.

Pour vous inscrire, rien de plus simple, il suffit de créer un compte à l'aide de votre numéro d'adhérent (indiqué sur votre carte de tiers-payant).



L'espace client particulier vous permet de :

- consulter et mettre à jour vos informations personnelles, à tout moment, et de manière sécurisée
- réaliser vos démarches en ligne (demander un remboursement, transmission de devis...)
- suivre vos remboursements
- télécharger votre carte de tiers-payant
- trouver un médecin, un professionnel de santé, un hôpital facilement
- demander la mise en place et la modification de Noémie
- gérer vos bénéficiaires



LE RÉSEAU DE SOIN KALIXIA

Grâce à Kalixia la première plateforme française de réseaux de soins en nombre de bénéficiaires en dentaire, optique, audio et ostéo :

- bénéficiez d'un accès à des soins et des équipements de qualité ;
- réduisez votre reste à charge en passant par des professionnels de santé sélectionnés répondant aux critères d'une charte qualité ;
- profitez de tarifs négociés et ne faites pas l'avance de frais.

Kalixia optique

Plus de 6800 opticiens partenaires répartis dans toute la France (un opticien sur deux).

Les avantages :

- 106 € de réduction en moyenne sur les verres unifocaux.
- 242 € de réduction en moyenne sur les verres progressifs.
- 30 % de réduction en moyenne sur les lentilles et au moins 20 % sur les montures.

Un suivi haut de gamme : entretien, remplacement en cas de casse des verres et de la monture sans franchise pendant 2 ans, ou d'inadaptation aux verres progressifs ou aux lentilles pendant 3 mois, contrôles réguliers.

Dans le réseau, un accès à des verres de meilleure qualité car exclusivement issus de verriers sélectionnés.

Un devis conseil express pour recevoir en temps réel par SMS et e-mail votre éventuel reste à payer. L'essayage virtuel de montures accessible depuis la géolocalisation disponible sur votre Espace Client. Les offres « Malin Prim et Malin Plus » vous permettent de bénéficier de l'absence de reste à payer sur certains verres du panier B « tarifs libres ».

Kalixia audio

Plus de 4400 centres audio partenaires répartis dans toute la France (deux centres audio sur trois).

Les avantages :

- Une économie pouvant aller jusqu'à 1 000 € sur un double appareillage.
- Le tiers payant intégral au sein du réseau.
- Plus d'équipements de qualité dans le réseau.
- Un réseau accessible pour vos ascendants directs (père et mère).

Kalixia dentaire

Plus de 4700 chirurgiens-dentistes répartis dans 88 départements.

- Une économie moyenne constatée jusqu'à 650 € sur certains actes, tel que l'implant.
- Un accès facilité aux soins prothétiques, à l'implantologie, l'orthodontie et la parodontologie.
- Le tiers payant intégral dans le réseau dentaire.
- Un devis conseil express pour recevoir en temps réel par SMS et mail votre éventuel reste à payer.
- Un passeport traçabilité/conformité pour les prothèses, l'implant et l'équipement orthodontique.
- Une garantie de 10 ans sur les prothèses.

Kalixia ostéo

Plus de 490 ostéopathes partenaires

- Des professionnels référencés pour la qualité de leurs pratiques.
- Une note d'honoraires assurant le bon respect des honoraires négociés avec Kalixia.
- Des honoraires plafonnés par région.
- Une charte qualité.
- La prise de rendez-vous en ligne pour les praticiens qui le proposent.

LE SECOND AVIS MÉDICAL

Avec le service Deuxième avis médical, en cas de problème de santé sérieux ou de situations médicales complexes, vous pourrez bénéficier :

- où que vous soyez, en France, de l'avis d'un médecin expert de votre maladie après analyse de votre dossier médical préalablement transmis,
- d'un compte rendu écrit adressé sous 7 jours ouvrables, transmis avec votre accord à votre équipe médicale traitante,
- de l'expertise médicale de plus de 150 médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins,
- de l'accès à plus de 300 fiches descriptives (cancer, orthopédie, cardio vasculaire, neurochirurgie, infertilité etc.) sur les traitements existants et sur les questions à se poser,
- de la confidentialité des informations de santé confiées à la plateforme sécurisée Deuxième avis médical, tenue au respect du secret médical et des règles de protection des données.

Le service est accessible via l'espace client particulier.



LA TÉLÉCONSULTATION

Un service simple d'utilisation **pour des pathologies simples, en cas d'indisponibilité ou d'éloignement de votre médecin et en dehors de toute situation d'urgence** :

- Un site internet pour une consultation en audio ou en vidéo, immédiatement ou sur rendez-vous.
- Accès via mh.teleconsultation.fr.
- Disponible partout en France ou à l'étranger.
- Prise en charge faite par un médecin inscrit à l'Ordre des médecins et basé en France.
- Entretien protégé par le secret médical.
- La possibilité de prescrire une e-ordonnance disponible en ligne (uniquement en France).
- Orientation vers un service d'urgence si besoin.
- Limite : 5 téléconsultations par an et par bénéficiaire.

ASSISTANCE

Vous pouvez bénéficier de services de proximité (aide-ménagère, livraison de médicaments, portage de repas, livraison de courses, etc.) lorsque vous êtes confronté(e) à des situations de vie particulières telles qu'une hospitalisation, une pathologie lourde, une maternité ou encore une immobilisation.

L'ensemble des services proposés vous sont présentés dans la notice d'information qui vous a été remise.

Ce service est accessible 7 jours sur 7 et 24 H / 24H à partir du portail : <https://ucanss.ima-sante.com>

Vous pouvez faire votre demande d'assistance en ligne ou par téléphone au 05 49 76 66 94.



Malakoff Humanis Prévoyance
Institution de prévoyance régie par
le Livre IX du Code de la sécurité sociale,
Siège social : 21 rue Laffitte -
75009 Paris, N° SIREN 775 691 181

