

**ACCORD SUR LE RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ COLLECTIF ET
OBLIGATOIRE AU SEIN DE L'UNITÉ ECONOMIQUE ET
SOCIALE NORAUTO**

LD

W

AN

¹ CB

SA
07/13



ENTRE LES SOUSSIGNÉS :

L'UNITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIALE NORAUTO, dont le siège social se situe 511/589 Rue des Seringats à SAINGHIN-EN-MELANTOIS (59262), représentée par Monsieur Stéphane WILMOTTE, Directeur des Ressources Humaines, dûment habilité à cet effet

D'une part,

ET

LES ORGANISATIONS SYNDICALES REPRÉSENTATIVES DE L'UNITÉ ECONOMIQUE ET SOCIALE NORAUTO, dûment représentées par :

- Monsieur Sylvestre AISSI en qualité de Délégué Syndical Central CFTD ;
- Monsieur Alain MONPEURT, en qualité de Délégué Syndical Central CFE-CGC ;
- Madame Maya BESNARDEAU, en qualité de Déléguée Syndicale Centrale CFTC ;
- Monsieur Laurent DESPRES , en qualité de Délégué Syndical Central CGT ;
- Madame Corinne BRIENNE, en qualité de Déléguée Syndicale Centrale FO.

D'autre part,

✓
AM
CB
SA
PIB

SOMMAIRE

Préambule	3
Article 1 : Champ d'application de l'accord	4
Article 2 : Objet de l'accord	4
Article 3 : Bénéficiaires	4
Article 3.1 : Les collaborateurs de l'UES Norauto	4
Article 3.2 : Les ayants-droit	5
Article 4. Maintien des garanties	6
4.1. Cas des collaborateurs dont le contrat de travail est suspendu	6
4.2. Cas des collaborateurs dont le contrat de travail est rompu	6
Article 5 : Structure du régime	7
Article 6 : Garanties et services associés	7
Article 7 : Cotisations	8
Article 8 : Commission de suivi de l'accord	8
Article 9 : Entrée ou sortie de l'UES NORAUTO	9
Article 10 : Information individuelle des collaborateurs	9
Article 11 : Information collective	9
Article 12 : Date d'application et durée de l'accord	9
Article 13 : Révision de l'accord	9
Article 14 : Notification de l'accord	10
Article 15 : Dépôt de l'accord et publicité	10

LD

W

AM

3

CB

SA

H/B

Préambule

Pour rappel, la mise en place d'un régime complémentaire de frais de santé collectif et obligatoire a pour objectif principal d'améliorer la couverture sociale des collaborateurs, des anciens collaborateurs et de leurs ayants-droit en leur assurant des garanties supérieures à celles des régimes de base obligatoires.

A date de signature du présent accord, l'UES Norauto est couvert par un contrat de complémentaire santé avec Uniprévoyance et géré par GFP.

La complémentaire santé constitue un avantage certain pour ses bénéficiaires et Norauto a à cœur de poursuivre et de renforcer la mise en œuvre du régime de Frais de Santé collectif et obligatoire existant au sein de l'UES Norauto et de se mettre en conformité avec la législation relative au contrat responsable.

Le présent accord s'inscrit donc dans la continuité de l'accord précédent sur le régime de frais de santé collectif et obligatoire au sein de l'unité économique et sociale Norauto signé le 24 juillet 2018 et arrivant à échéance le 31 décembre 2018.

Le présent accord fait suite à 4 réunions entre 6 septembre 2018 et le 16 octobre 2018.

Aussi, la Direction et les Organisations Syndicales conviennent des dispositions suivantes :

Article 1 : Champ d'application de l'accord

Le présent accord s'applique à l'ensemble des collaborateurs de l'UES Norauto. La composition de l'UES Norauto, au jour de la conclusion du présent accord, est précisée en annexe 1.

Article 2 : Objet de l'accord

Il est rappelé que le régime complémentaire de frais de santé a pour objectif de compléter les remboursements versés par la Sécurité Sociale au titre des frais de santé et également d'offrir un fonds social ainsi que des services complémentaires d'assistance.

Le présent accord a donc pour objet de préciser les modalités du régime complémentaire de frais de santé collectif et obligatoire.

Article 3 : Bénéficiaires

Article 3.1 : Les collaborateurs de l'UES Norauto

L'adhésion au régime complémentaire de frais de santé est **obligatoire** pour l'ensemble des collaborateurs de l'UES Norauto et ce sans conditions d'ancienneté.

Cependant certains collaborateurs auront la faculté de refuser, à leur initiative, leur adhésion, sous réserve de remettre à l'employeur une demande de dispense, une déclaration sur l'honneur et de lui transmettre chaque année les justificatifs. Les collaborateurs concernés sont les suivants :

1. Les collaborateurs qui bénéficient pour les mêmes risques, de l'une des situations citées à l'article D. 911-5 du Code de la Sécurité Sociale ;

↙
W
AN
CB
SA
JIB

2. Les collaborateurs en couple travaillant tous les deux au sein de l'UES Norauto, ont le choix d'adhérer individuellement ou ensemble au régime.
En cas d'adhésion individuelle : chaque collaborateur adhère pour son propre compte.
En cas d'adhésion couple : seul un des deux membres du couple doit adhérer en propre au régime, l'autre pouvant l'être en qualité d'ayant droit.
Toutefois, si l'un des conjoints quitte l'entreprise, l'autre conjoint devra obligatoirement adhérer au régime collectif ;
3. Les collaborateurs et apprentis titulaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission, d'une durée supérieure ou égale à 12 mois, qui sont déjà couverts par ailleurs à titre individuel et qui justifient de leur situation chaque année auprès de la direction par la production d'une attestation d'affiliation ;
4. Sans devoir justifier de leur situation par la production d'un justificatif, les collaborateurs et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois ;
5. Sans devoir justifier de leur situation par la production d'un justificatif, les collaborateurs travaillant à temps partiel et/ou les apprentis, dès lors que leur part de cotisation est supérieure ou égale à 10% de leur rémunération brute et qu'elle n'est pas prise en charge par l'employeur.

Article 3.2 : Les ayants-droit

L'adhésion au présent régime est facultative pour les ayants-droit des collaborateurs de l'UES Norauto.

Sont considérés comme ayants-droit :

- **Le conjoint** du collaborateur de l'UES Norauto, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou le concubin (sur présentation d'une attestation sur l'honneur de vie maritale), ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à charge au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant d'un régime particulier de Sécurité Sociale ;
- **Les enfants** du collaborateur adhérent, et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint, de son concubin ou ceux de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité qui sont :
 - à charge au sens de la Sécurité Sociale et âgés de moins de 18 ans,
 - âgés de moins de 28 ans affiliés au régime de la Sécurité Sociale des étudiants, ou poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance, ou étant à la recherche d'un 1^{er} emploi inscrit à l'assurance chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Il est précisé que les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi ;
 - quel que soit leur âge qui perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975) sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.
- **Les ascendants** et ceux de son conjoint, de son concubin ou ceux de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, bénéficiant de la Sécurité sociale sous son numéro d'immatriculation ou bénéficiant de leur propre numéro d'immatriculation, dès lors que ces derniers justifient vivre au domicile du collaborateur, n'exercer aucune activité professionnelle et ne percevoir aucun revenu propre tel que défini dans le cadre de l'imposition sur le revenu (une attestation sur l'honneur devra être fournie).

Les collaborateurs et ayants-droit adhérents sont nommés, ci-après, "les bénéficiaires".

LD

W

AM

CB

SA

1/13

Article 4. Maintien des garanties

4.1. Cas des collaborateurs dont le contrat de travail est suspendu

- **Période de suspension du contrat de travail indemnisée : affiliation obligatoire des collaborateurs**

Les garanties sont maintenues au profit des collaborateurs dont le contrat de travail est suspendu en raison d'une maladie, d'une maternité, d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle sous réserve d'être indemnisés par la Sécurité Sociale.

Les contributions patronales et salariales restent réparties à l'identique entre les parties.

- **Période de suspension du contrat de travail non indemnisée : affiliation facultative des collaborateurs**

Pour les autres suspensions de contrat, notamment les congés sans solde, les congés sabbatiques, les congés pour création d'entreprise, les congés parentaux d'éducation, les congés de présence parentale, les garanties sont maintenues pendant les 6 premiers mois de suspension. Les contributions patronales et salariales restent réparties à l'identique entre les parties.

Ce maintien s'entend sous réserve que les collaborateurs continuent à relever de la Sécurité Sociale.

4.2. Cas des collaborateurs dont le contrat de travail est rompu

- **Maintien des garanties au titre de la Portabilité :**

Les collaborateurs adhérents au régime dont la rupture du contrat de travail (hormis le licenciement pour faute lourde) ouvre droit aux allocations chômage pourront bénéficier du maintien du présent régime dans le cadre de la réglementation en vigueur.

La durée du maintien de ces garanties est proportionnelle à la durée du dernier contrat de travail du collaborateur, appréciée en mois entiers, et dans la limite maximale de 12 mois.

- **Régime frais de santé spécifique aux collaborateurs lors du départ à la retraite :**

Les anciens collaborateurs de l'UES Norauto affilié à la Sécurité Sociale qui perçoivent soit une rente d'incapacité ou d'invalidité, soit une pension de retraite ou d'inaptitude au travail, soit un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi, peuvent demander l'affiliation à la complémentaire santé mise en place par Norauto pour eux-même et leurs ayants-droit. Cette demande d'affiliation doit être faite au gestionnaire du régime dans le mois suivant le départ du collaborateur.

Les garanties de frais de santé accessibles aux collaborateurs lors du départ à la retraite sont détaillées, à titre indicatif, en annexe 2 du présent accord. Cette notice annexée au présent accord n'engage pas l'entreprise.

- **Maintien individuel des garanties frais de santé au titre de l'Article 4 de la Loi Evin n°89-1009 :**

Conformément à loi « Evin », les anciens collaborateurs de l'UES Norauto, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans

Handwritten notes in purple ink:
A triangle symbol with a checkmark inside.
The letters "W" and "AN" stacked vertically.
The letters "CB" written horizontally.
The letters "SA" and "13" stacked vertically.

condition de durée, peuvent solliciter, dans les six mois qui suivent la fin de la portabilité, directement auprès de l'assureur, **pour eux seuls**, une couverture de frais de santé à titre individuel.

Une couverture de frais de santé à titre individuel peut être souscrite par les ayants-droits d'un collaborateur décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Dans de tels cas, aucun délai de carence, ni de questionnaire de santé, ne leur sera imposé par l'assureur. Ils s'acquittent alors d'une cotisation intégralement à leur charge.

Article 5 : Structure du régime

Le régime complémentaire de frais de santé propose un niveau de couverture unique.

Aussi, le collaborateur peut adhérer au régime selon différentes modalités :

- il peut adhérer seul au régime de frais de santé : dans ce cas, l'adhésion est dite « **isolé** » ;
- il peut adhérer avec son/ses enfant(s) : dans ce cas, l'adhésion est dite « **isolé + enfants** » ;
- il peut adhérer avec son/sa conjoint(e) : dans ce cas, l'adhésion est dite « **isolé + conjoint** »
- il peut adhérer avec son/sa conjoint(e) et son/ses enfant(s) et/ou son/ses ascendant(s) : dans ce cas, l'adhésion est dite « **famille** ».

Modalités de passage d'une catégorie à une autre :

Tout changement de catégorie (« isolé », « isolé + enfants », « isolé + conjoint », « famille ») se fera :

- sans délai de carence, dès la présentation d'un justificatif probant au service Administration du Personnel de l'UES Norauto en cas :
 - de changement de situation familiale (mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un PACS, concubinage, naissance, décès d'un ayant droit...),
 - de perte d'emploi du conjoint, du concubin ou du partenaire lié à l'assuré par un PACS,
 - ou de changement imposé par la Loi.
- avec un délai de carence de 6 mois, dans les autres cas, sur demande écrite au service Administration du Personnel.
Les frais de maternité sont pris en charge sans délai d'attente.
Le délai d'attente est supprimé en cas de frais consécutifs à un accident survenu postérieurement à la date d'admission à l'assurance de l'intéressé.

Article 6 : Garanties et services associés

Les garanties de frais de santé ainsi que les services associés accessibles aux bénéficiaires sont détaillés, à titre indicatif, en annexe 3 du présent accord. La notice annexée au présent accord n'engage pas l'entreprise.

Ces garanties et prestations associées sont conformes à la législation en vigueur sur les contrats responsables.

Article 7 : Cotisations

La cotisation mensuelle globale est prise en charge à la fois par l'UES Norauto et par le collaborateur adhérent au régime.

Conformément à la législation en vigueur au moment de la signature de l'accord, le montant de la participation de l'employeur est uniforme pour tous les collaborateurs adhérents, sans distinction, selon qu'ils adhèrent à titre « isolé », « enfants », « conjoint » ou « famille ».

La participation de l'employeur est, à titre indicatif, de 40 euros sans que ce montant ne puisse être inférieur à 50% de la cotisation individuelle obligatoire.

A titre indicatif, au 1^{er} janvier 2019, en régime général, le montant de la cotisation salariale mensuelle est égal à :

	Adhésion isolé	Adhésion isolé + enfants	Adhésion isolé + conjoint	Adhésion famille
Part collaborateur	20,32 €	47,41 €	49,06 €	52,83 €
Cotisation globale	60,32 €	87,41 €	89,06 €	92,83 €

A titre indicatif, pour les départements d'Alsace et de Moselle, au 1^{er} janvier 2019, le montant de la cotisation salariale mensuelle est égal à :

	Adhésion isolé	Adhésion isolé + enfants	Adhésion isolé + conjoint	Adhésion famille
Part collaborateur	12,52 €	26,70 €	27,56 €	29,53 €
Cotisation globale	52,52 €	66,70 €	67,56 €	69,53 €

Il est précisé que ces montants sont donnés à titre indicatif et sont ré-évaluables en fonction de l'équilibre du régime, à garanties égales, et des modifications légales qui pourraient intervenir. Dans un tel cas, la commission de suivi du présent accord sera réunie afin d'échanger sur les modalités de mise en œuvre et/ou la nécessité, le cas échéant, de prévoir un avenant au présent accord.

La part salariale de la cotisation est prélevée mensuellement et directement sur le bulletin de paie du collaborateur adhérent. La part employeur ainsi que la part salariale sont directement versées à l'organisme assureur.

Article 8 : Commission de suivi de l'accord

La Commission de suivi est composée d'un membre par organisation syndicale représentative au niveau de l'UES Norauto.

Elle se réunira deux fois par an (une fois au mois d'avril et une fois au mois de septembre) pour examiner les résultats prévisionnels ou annuels du contrat et proposer des améliorations ou des évolutions nécessaires. Elle examinera également, dans le respect de la confidentialité, des dossiers qui lui sont présentés, les actions menées dans le cadre du service complémentaire d'assistance et du fonds social.

Article 9 : Entrée ou sortie de l'UES NORAUTO

L'entrée ou la sortie d'une entité dans l'UES Norauto ne remettra pas en cause la validité du présent accord.



 ✓

 W

 An

 CB

 SA

 HB

Si l'entrée ou la sortie d'une entité dans le périmètre de l'UES Norauto devait néanmoins avoir des répercussions sur le niveau des prestations et les taux de cotisations au point de remettre en cause les équilibres négociés, la commission de suivi serait saisie afin d'échanger sur d'éventuels amendements au présent accord à soumettre à la négociation collective.

Article 10 : Information individuelle des collaborateurs

Il sera remis à chaque collaborateur adhérent au régime de frais de santé, au moment de son embauche, une notice d'information détaillée et établie par l'assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Cette notice d'information détaille notamment les garanties et les quelques services complémentaires.

Par ailleurs, les collaborateurs seront tenus informés des évolutions éventuelles du régime.

Article 11 : Information collective

Conformément aux dispositions du Code du Travail en la matière, le Comité Social et Économique aura connaissance du rapport annuel sur les comptes du contrat d'assurance « frais de santé ».

Article 12 : Date d'application et durée de l'accord

Le présent accord s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2019 pour une durée de 4 ans, soit jusqu'au 31 décembre 2022.

Article 13 : Révision de l'accord

Chaque partie signataire ou adhérente peut demander la révision de tout ou partie du présent accord, par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée aux différentes parties signataires et adhérentes.

Les évolutions législatives et réglementaires seront automatiquement intégrées à l'accord et feront l'objet d'une information aux parties signataires du présent accord. L'adaptation des garanties et des prestations sera automatiquement appliquée par l'assureur, dans la limite où l'équilibre du régime ne serait pas remis en cause.

Article 14 : Notification de l'accord

La partie la plus diligente des organisations signataires du présent accord notifie le texte de l'accord à l'ensemble des organisations syndicales représentatives.

Article 15 : Dépôt de l'accord et publicité

Conformément aux dispositions légales et réglementaires, le présent accord et ses avenants seront déposés par la Direction de l'UES Norauto, d'une part en deux exemplaires dont une version sur support papier dématérialisé et l'autre sur support électronique, auprès de la direction régionale des entreprises, de la

concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi de Lille et d'autre part en un exemplaire auprès du greffe du Conseil de Prud'hommes de Lille.

Le présent accord sera notifié et transmis à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans l'entreprise.

Enfin, mention de cet accord sera faite sur les panneaux réservés à la Direction pour sa communication avec le personnel. Un exemplaire du présent accord est mis à la disposition de chaque collaborateur auprès de la DRH et sur l'intranet Norauto.

A Sainghin-en-Mélantois, le 16 octobre 2018
En 8 exemplaires originaux dont un remis à chaque partie.

Pour l'UES NORAUTO:

Monsieur Stéphane WILMOTTE, Directeur des Ressources Humaines dûment mandaté à cet effet



Pour les organisations syndicales représentatives:

- Monsieur Sylvestre AISSI en qualité de Délégué Syndical Central CFTD ;



- Monsieur Alain MONPEURT, en qualité de Délégué Syndical Central CFE-CGC ;



- Madame Maya BESNARDEAU, en qualité de Déléguée Syndicale Centrale CFTC ;



- Monsieur Laurent DESPRES , en qualité de Délégué Syndical Central CGT ;



- Madame Corinne BRIENNE, en qualité de Déléguée Syndicale Centrale FO.



Annexe 1 : Composition de l'UES NORAUTO

Au jour de la conclusion du présent accord, l'Unité Economique et Sociale NORAUTO est composée de :

- NORAUTO FRANCE,
- NORAUTO INTERNATIONAL,
- MANOSQUE-CAMANOSQUE,
- CAPAULES,
- CENTRE AUTO NIORT,
- VIGNEUX-CAVIGNEUX,
- BIZANOS-CABIZANOS,
- CALIVRY,
- CABAILLEUL,
- MASAUTO,
- CAMORTEAU,
- CAGUILERS,
- CADOLE,
- CAVITROLLES,
- CAVIERZON,

LD
W

AN

CB

SA AB



UNIPRÉVOYANCE

NOTICE D'INFORMATION

➔ Régime Frais de Santé

Anciens salariés

**UNITE ECONOMIQUE ET SOCIALE
NORAUTO**

Notice émise le 11 Mai 2017 à effet du 1^{er} janvier 2017

UNIPREVOYANCE – 10 rue Massue – 94307 VINCENNES Cedex
Téléphone : 01.58.64.41.00 – Télécopie : 01.58.64.42.30 – www.uniprevoyance.fr
Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité Sociale,
agrée par arrêté du Ministère de la Santé et de la Famille en date du 28-11-1978

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située : 61, rue Taitbout - 75009 PARIS

LA
W
AN

CB

SA/B

RESUME DES GARANTIES

L'INDEMNITÉ COMPLÉMENTAIRE VERSÉE PAR UNIPREVOYANCE S'AJOUTE DANS LA LIMITE DES FRAIS RESTANT À LA CHARGE DU PARTICIPANT, À CELLES VERSÉES AU MÊME TITRE TANT PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE QUE PAR TOUT AUTRE ORGANISME.

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS	
◆ HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE (y compris l'hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile) . Honoraires (établissement public ou privé) – hospitalisation conventionnée Honoraires (établissement public ou privé) – hospitalisation non conventionnée Frais de séjour (établissement public ou privé) – hospitalisation conventionnée Frais de séjour (établissement public ou privé) – hospitalisation non conventionnée Forfait journalier (participant relevant du Régime Général) Chambre particulière Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans	Médecins signataires du CAS 100 % des FR – SS 20 % de la BR SS	Médecins non signataires du CAS TM + 100 % de la BR SS 20 % de la BR SS
◆ FRAIS DE TRANSPORT	35 % de la BR SS	
◆ PHARMACIE (y compris vaccins remboursés par la Sécurité Sociale)	100 % [BR SS – MR SS] ²	
◆ VACCINS prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursés par la Sécurité Sociale)	Remboursement limité à 10 % du PMSS par jour ³ et ⁴ par an et par bénéficiaire	
◆ CONSULTATIONS – VISITES (d'omnipraticiens, de spécialistes, de professeurs et de neuropsychiatres)	Médecins signataires du CAS TM + 170 % de la BR SS	Médecins non signataires du CAS TM + 100 % de la BR SS
◆ ACTES PRATIQUES PAR LES AUXILIAIRES MEDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	200 % de la BR SS	
◆ ACTES TECHNIQUES MEDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE	Médecins signataires du CAS TM + 170 % de la BR SS	Médecins non signataires du CAS TM + 100 % de la BR SS
◆ ANALYSES BIOLOGIQUES	40 % de la BR SS	
◆ ACTES D'IMAGERIE, ECHOGRAPHIE ET DOPPLER	Médecins signataires du CAS TM + 170 % de la BR SS	Médecins non signataires du CAS TM + 100 % de la BR SS
◆ SOINS DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE . Consultations et soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention et hors inlays onlays d'obturation), la radiologie et la chirurgie et la parodontologie Inlays onlays d'obturation Parodontie	200 % de la BR SS 350 % de la BR SS 350 % de la BR SS	
◆ PROTHESES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE . Prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), pris en charge par la sécurité sociale Inlays core	350 % de la BR SS 350 % de la BR SS	
◆ IMPLANTS DENTAIRES	6 % du PMSS ⁴ par an et par bénéficiaire	
◆ FRAIS D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE) . Actes pris en charge par la Sécurité Sociale Actes non pris en charge par la Sécurité Sociale	300 % de la BR SS 300 % de la BR SS reconstituée	
◆ PROTHESES AUDITIVES, ORTHOPEDIE, APPAREILLAGE ET PROTHESES DIVERSES NON DENTAIRES	200 % de la BR SS	
◆ OPTIQUE . Verres Monture adulte Monture enfant Dans tous les cas, la prise en charge par l'Institution est limitée à un équipement optique (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition dudit équipement. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.	Selon la grille optique ci-dessous (**) 120 euros 80 euros	
◆ Lentilles de contact correctrices ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale ◆ Lentilles de contact correctrices n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale (y compris jetables) ◆ Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	9 % du PMSS ⁴ par an et par bénéficiaire Au-delà du forfait, les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100 % du Ticket Modérateur. 9 % du PMSS ⁴ par an et par bénéficiaire 6 % du PMSS ⁵ par œil	
◆ CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	10% du PMSS ⁶ dans la limite des frais engagés Pour les honoraires des médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins, la garantie est plafonnée à 100 % du Ticket Modérateur + 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale	

1 -- En vigueur au 1^{er} jour de l'hospitalisation
 2 -- [BR SS – MR SS] : différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le Montant Remboursé par la Sécurité Sociale
 3 -- Cette limite s'entend pour l'ensemble des garanties complémentaires Santé couvrant le bénéficiaire auprès d'UNIPREVOYANCE.

4 -- En vigueur au jour de la dépense
 5 -- En vigueur au jour de l'intervention
 6 -- En vigueur au 1^{er} jour de la cure

PMSS 2017 : 3 269 €

LD
 W
 AM
 CB
 SA 113

- ABREVIATIONS :**
- FR – SS ➔ Frais Réels – Remboursement de la Sécurité Sociale et tout autre organisme
 - BR SS ➔ Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (équivalent au TC)
 - MR SS ➔ Montant Remboursé par la Sécurité Sociale
 - PMSS ➔ Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
 - CAS ➔ Contrat d'Accès aux Soins
 - TM ➔ Ticket Modérateur

(**) Les verres sont remboursés selon la grille ci-dessous, en fonction du niveau de correction :

CYLINDRE / SPHERE		PRESTATION PAR ADULTE ⁽¹⁾		PRESTATION PAR ENFANT ⁽¹⁾	
		Par verre	Par équipement	Par verre	Par équipement
VERRES SIMPLES FOYER, SPHERIQUES					
(a)	Verres de sphère de - 6 à + 6	85,00 €	290,00 €	60,00 €	200,00 €
(b)	Verres de sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
	Verres de sphère hors zone de - 10 à + 10	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
VERRES SIMPLES FOYER, SPHERO-CYLINDRIQUES					
(a)	Verres de cylindre < ou = + 4, sphère de - 6 à + 6	85,00 €	290,00 €	60,00 €	200,00 €
(b)	Verres de cylindre < ou = + 4, sphère hors zone de - 6 à + 6	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
	Verres de cylindre > + 4, sphère de - 6 à + 6	85,00 €	290,00 €	60,00 €	200,00 €
	Verres de cylindre > ou = + 4, sphère hors zone de - 6 à + 6	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES					
(c)	Verres de sphère de - 4 à + 4	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
(d)	Verres de sphère hors zone de - 4 à + 4	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES					
(d)	Verres sphéro-cylindriques, sphère de - 8 à +8	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
	Verres de sphère hors zone de - 8 à +8	245,40 €	610,80 €	200,00 €	480,00 €

(1) Garantie pour un équipement (1 monture + 2 verres)

En complément des garanties décrites ci-dessus, UNIPRÉVOYANCE rembourse les garanties PRÉVENTION et de MEDECINE DOUCE suivantes :

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
» PRESTATIONS DE PRÉVENTION PUBLIÉES PAR L'ARRÊTÉ DU 8 JUIN 2006 . Détartrage complet sus et sous gingival des dents (en deux séances maximum) Dépistage troubles de l'audition chez une personne de + de 50 ans	30 % de la BR SS 30 % de la BR SS tous les 5 ans et par bénéficiaire
» AUTRES FRAIS DE PREVENTION (prescrits par un médecin) . Consultation chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans Dépistage annuel de l'ostéoporose pour une personne entre 45 et 59 ans Test ADN de dépistage de la trisomie 21 chez la femme enceinte ²	30 € par an et par bénéficiaire 75 € par an et par bénéficiaire Maximum : 600 € par année civile et un test par grossesse
» MEDECINE DOUCE (consultations non prises en charge par la Sécurité Sociale) . Consultations d'OSTÉOPATHIE, d'ETIOPATHIE, de CHIROPRAxie ou d'ACUPUNCTURE (***)	Remboursement dans la limite de 2 consultations par année civile et par bénéficiaire 1% du PMSS ⁴ en vigueur au jour de la dépense

- (***) - Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.
 - Les étioopathes doivent être inscrits sur le Registre National des Etiopathes.
 - Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).
 - Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

(2) Sur présentation de la facture accompagnée d'une prescription médicale pour les femmes dont le risque d'avoir un enfant trisomique est supérieur ou égal à 1/250.

Handwritten notes and initials: ✓, W, AN, CB, JA, TB

RESUME DES GARANTIES	2
SOMMAIRE	4
1. OBJET ET PERIMETRE DU CONTRAT.....	5
2. BENEFICIAIRES.....	5
3. MODALITES D'ADHESION DU PARTICIPANT.....	6
4. DISPOSITION APPLICABLES AUX AYANT DROITS.....	6
5. EFFET DU CONTRAT D'ADHESION.....	6
6. DURÉE - RÉSILIATION DU CONTRAT.....	7
7. FUSION - ABSORPTION - CESSATION D'ACTIVITÉS.....	7
8. CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES.....	8
9. FORMALITÉS.....	8
10. PRESTATIONS.....	8
11. PRESCRIPTION.....	8
12. ÉLECTION DE DOMICILE.....	8
13. FONDS SOCIAL.....	9
14. LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.....	9
15. CONTROLE.....	9
16. MEDIATEUR.....	9
17. SUBROGATION.....	9
18. FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION.....	9
19. COUVERTURE.....	10
20. LA CONSTITUTION DE VOS DOSSIERS.....	15
21. DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE.....	16
22. PIÈCES À FOURNIR.....	16
23. DÉCHÉANCE.....	17

LD
W

Am

CB
SA
d/13

1. OBJET ET PERIMETRE DU CONTRAT

Objet :

Le présent contrat a pour objet de servir des prestations complémentaires s'ajoutant, dans la limite des frais réellement engagés, aux prestations en nature versées au même titre par le Sécurité Sociale à l'ancien salarié de l'UES NORAUTO (et à leurs ayants droit) qui, en raison de la rupture de son contrat de travail, a cessé de bénéficier des garanties du contrat 6501 0145 et qui perçoit :

- soit une rente d'incapacité ou d'invalidité
- soit une pension de retraite ou d'inaptitude au travail
- soit un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi

Les anciens salariés sont ci-après dénommés participants ou membres participants.

Périmètre du contrat :

L'ensemble des sociétés composant l'UES NORAUTO, constitue le périmètre de souscription.

En cas de modification de la composition de ce périmètre, l'entreprise adhérente informera UNIPREVOYANCE de ladite modification.

UNIPREVOYANCE émettra alors un avenant définissant le nouveau périmètre de souscription.

2. BENEFICIAIRES

Sont bénéficiaires de la garantie à titre facultatif :

- le participant,
- ses ayants droit ci-après définis :
 - son CONJOINT non divorcé ni séparé de corps judiciairement, à charge au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés, ...);
 - en l'absence de conjoint, son CONCUBIN (sur présentation d'une attestation sur l'honneur de vie maritale, renouvelée chaque année, régi par l'article 515-8 du Code Civil) à charge au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés, ...);
 - en l'absence de conjoint ou concubin, le PARTENAIRE, lié au participant- bénéficiaire par un Pacte Civil de Solidarité (régi par les articles 515.1 à 515.7 et 506.1 du Code Civil) à charge au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés, ...);
 - ses ENFANTS, et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint, de son concubin ou ceux de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) :
 - à charge au sens de la Sécurité Sociale et âgés de moins de 20 ans,
 - âgés de moins de 28 ans et affiliés au régime de la Sécurité Sociale des étudiants,
 - âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - âgés de moins de 28 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi),
 - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 Juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.
 - ses ASCENDANTS à charge au sens de la Sécurité Sociale,

CB

SA
PB

- les ASCENDANTS de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à charge au sens de la Sécurité Sociale.

3. MODALITES D'ADHESION DU PARTICIPANT

Les demandes individuelles d'affiliation doivent être adressées à l'Institution dans le mois suivant le départ du participant ; LE DEPASSEMENT DE CE DELAI ENTRAINE FORCLUSION DEFINITIVE.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la cessation d'activité.

S'ils étaient couverts au titre du contrat initial, le maintien demandé par l'ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues.

4. DISPOSITION APPLICABLES AUX AYANT DROITS

1. DATE D'ADMISSION A L'ASSURANCE

La date d'admission à l'assurance des ayants droit est, selon le cas :

- la date d'admission à l'assurance du participant lorsque celui-ci a opté pour une cotisation "participant avec ayant(s) droit bénéficiaire(s)" et qu'en conséquence, les ayants droit figurent sur le bulletin individuel d'affiliation initial du participant,
- la date à laquelle au moins un membre de la famille du participant répond à la définition visée au chapitre I ci-dessus et que la demande de celui-ci pour une cotisation "participant avec ayant(s) droit" est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- dans tous les autres cas : le premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande du participant pour une cotisation "participant avec ayant(s) droit bénéficiaire(s)". Les frais médicaux sont alors pris en charge dans la mesure où ils ont été exposés après un délai d'attente de SIX MOIS.

Il est précisé que les frais de MATERNITE sont pris en charge sans délai d'attente.

Toutefois, ces délais sont supprimés dans les cas ci-après :

- frais consécutifs à un accident survenu postérieurement à la date d'admission à l'assurance de l'intéressé (on entend par "accident", toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure),
- continuité d'assurance (assurance antérieure offrant des prestations au moins équivalentes).

2. RADIATION DE L'ASSURANCE

Le participant qui avait opté pour une cotisation "participant avec ayant(s) droit bénéficiaire(s)" peut demander, à tout moment, une cotisation "participant seul bénéficiaire". La radiation de l'assurance des ayants droit intervient alors le dernier jour du mois civil qui suit la réception de la demande ; elle est définitive.

5. EFFET DU CONTRAT D'ADHESION

Le contrat d'adhésion est souscrit dans un cadre collectif et prend effet le **PREMIER JANVIER DEUX MIL DOUZE**.

Le contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application. En conséquence :

LD
W
AM
CB
JA
P13

• **il prend en charge :**

- l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie,
- les équipements d'optique médicale dans la double limite des minima et maxima fixés par décret,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée.

• **il ne prend pas en charge :**

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins au-delà de la limite fixée par décret,
- la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).

Et de manière générale, il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci.

En outre, le contrat respecte le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du code de la Sécurité sociale. Il permet également aux salariés de l'entreprise adhérente d'avoir accès au tiers-payant généralisé sur les prestations bénéficiant de ce mécanisme et avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

6. DURÉE - RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat d'adhésion est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant sa date d'effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année civile, sauf résiliation à l'initiative de l'entreprise adhérente ou de l'Institution, signifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant l'échéance du contrat, soit le 31 octobre de l'année en cours.

La résiliation du contrat 6501 0145, souscrit par la présente entreprise adhérente, entrainera de fait la résiliation du présent contrat à la même date.

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties. Des maintiens de garantie sont cependant prévus dans les conditions ci-après.

Lorsque le contrat d'adhésion est résilié et qu'il n'est pas remplacé par un autre contrat d'assurance, les participants qui bénéficient d'un contrat de travail peuvent souscrire, dans les DEUX MOIS qui suivent la résiliation du contrat d'adhésion, une des formules d'assurance à adhésion individuelle proposée par l'Institution, sous réserve de l'accord de cette dernière.

Les garanties sont accordées sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaires médicaux au profit des participants concernés lorsqu'elles sont au plus équivalentes au régime dont bénéficiait le participant à la date de résiliation.

7. FUSION - ABSORPTION - CESSATION D'ACTIVITÉS

Toute cessation d'adhésion suivant une opération de fusion, absorption, de changement de statut, est assimilée à une démission.

La garantie subsiste en cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'adhérent. L'administrateur ou le débiteur autorisé par le Juge-Commissaire ou le liquidateur, selon le cas, et l'Institution conservent le droit de résilier le contrat d'adhésion pendant un délai de trois mois à compter de la date du jugement de redressement ou de liquidation judiciaire. Le liquidateur s'engage à payer les cotisations relatives au maintien des garanties prévu pendant cette période de trois mois, la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'Institution ne couvre plus le risque étant restituée au débiteur.

La résiliation sera de plein droit en cas de cessation d'activité de l'entreprise.

AM
AM
CB
SA
P/B

8. CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la fin de la période pour laquelle la dernière cotisation a été payée,
- dès que la situation de l'ancien salarié ne correspond plus à l'une de celles définies ci-dessus et qu'il cesse en conséquence de percevoir une rente d'incapacité ou d'invalidité ou un revenu de remplacement ou une retraite,
- en cas de résiliation du présent contrat d'adhésion,
- en cas de résiliation du contrat d'adhésion 6501 0145,
- en cas de décès du participant,
- en cas de reprise d'une activité professionnelle rémunérée, salariée, ou non.

9. FORMALITÉS

L'entreprise adhérente informera UNIPREVOYANCE de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique (cession d'exploitation, location gérance, etc ...) dans les meilleurs délais.

10. PRESTATIONS

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis à l'article 19 ci-après.

11. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'adhésion 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance,
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Lorsque l'action de l'adhérent ou du participant contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou le participant ou a été indemnisé par celui-ci.

12. ÉLECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution des contrats établis en vue de l'application du présent règlement, les entreprises adhérentes doivent faire obligatoirement élection de domicile en France ou dans un pays membre de l'Union Européenne.

Si l'entreprise adhérente a son siège social en dehors du territoire Français, elle doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution du contrat notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

LS
W
AM
CB
SA
PIB

13. FONDS SOCIAL

Il est créé au sein de l'Institution un Fonds social affecté à l'attribution de secours ou d'aides à des participants ou à des personnes ayant été à leur charge et dont la situation matérielle apparaîtra digne d'intérêt.

Le Conseil d'Administration constitue une commission formée paritairement de membres adhérents et de membres participants ayant pour attribution l'examen des demandes et l'utilisation du Fonds social.

14. LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

L'entreprise adhérente s'engage à communiquer à l'Institution les informations concernant les participants dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées à nos réassureurs, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution du contrat d'adhésion.

En retour, les participants ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation précitée en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer, ou demander leur rectification, il leur suffit de prendre contact avec le service clientèle d'UNIPRÉVOYANCE.

15. CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des Institutions de Prévoyance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

16. MEDIATEUR

L'entreprise adhérente, le participant ou un ayant droit du participant peut, en cas de désaccord avec l'Institution, effectuer sa réclamation auprès de son interlocuteur habituel ; si la réponse fournie ne le satisfait pas, le demandeur peut adresser sa réclamation au « Service réclamation » d'UNIPREVOYANCE.

En cas de désaccord persistant avec l'Institution à l'issue de la procédure interne de réclamation, le demandeur peut saisir le médiateur du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), dont l'Institution lui adressera les coordonnées sur simple demande. Le recours au médiateur du CTIP s'exerce dans un souci de règlement à l'amiable, sans préjudice des autres voies d'action légales.

17. SUBROGATION

Dans la limite des prestations prises en charge par l'Institution, celle-ci est subrogée dans les droits du participant à l'égard du tiers responsable.

18. FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION

a) Les frais ouvrant droit à prestation sont, sous réserve des dispositions des paragraphes b), c), d), e) et f) ci-après, ceux énumérés à l'article 19 - **COUVERTURE** qui, concernant des traitements de maladie ou d'accident, ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, ont fait l'objet d'une prescription médicale et pour lesquels la date des soins figurant sur le bordereau de la Sécurité Sociale est comprise entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) en vigueur ou dans le Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires et qui n'ont pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, ouvrent droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite à l'article 19 - **COUVERTURE**.

b) Une demande de prise en charge est exigée s'agissant d'un séjour en maison de repos et de convalescence non exclu aux termes du paragraphe c) ci-après.

VJ
W
AN
CB
JA
113

- c) SONT EXCLUS DE LA GARANTIE, LES FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE TRAITEMENT REALISES :
- EN ETABLISSEMENTS DE POST-CURE,
 - EN CENTRE DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE,
 - EN CENTRE SPECIALISE DE SOINS POUR TOXICOMANES.

d) En tout état de cause, les actes pratiqués par des auxiliaires médicaux mais non prescrits médicalement n'ouvrent pas droit à prestation.

e) UNIPRÉVOYANCE ne prend pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité Sociale.

f) Les dépassements d'honoraires sont pris en charge dans la mesure où ils ont été déclarés par le praticien à la Sécurité Sociale et dans la mesure où ils sont prévus à l'article 19 - COUVERTURE.

S'agissant des soins dispensés à l'étranger, ils pourront donner lieu à un remboursement complémentaire sous réserve d'avoir été :

- soit pris en charge par la Sécurité Sociale Française,
- soit pris en charge par la Sécurité Sociale du lieu de séjour. Dans ce cas, notre remboursement se fera sur la base des tarifs de la Sécurité Sociale Française en vigueur à la date des soins et dans la limite des frais engagés.

S'agissant des ayants droit relevant d'un régime autre que le régime général ou Alsace Moselle de la Sécurité Sociale, les remboursements complémentaires sont calculés en tenant compte d'un remboursement fictif au moins égal à celui de Régime général ou Alsace Moselle de la Sécurité Sociale.

L'INDEMNITE COMPLEMENTAIRE VERSEE PAR L'INSTITUTION S'AJOUTE, DANS LA LIMITE DES FRAIS RESTANT A LA CHARGE DU PARTICIPANT, A CELLES VERSEES, AU MEME TITRE, TANT PAR LA SECURITE SOCIALE QUE PAR TOUT AUTRE ORGANISME.

19. COUVERTURE

HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

Sont pris en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

Frais de séjour (établissement public ou privé)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % des frais réels, sous déduction du montant remboursé au même titre par la Sécurité Sociale et tout autre organisme, au titre des frais de séjour y compris les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques.

L'hospitalisation non conventionnée est limitée à 20% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

Honoraires médicaux et chirurgicaux

- ⇒ Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins : 100 % des frais réels, sous déduction du montant remboursé au même titre par la Sécurité Sociale et tout autre organisme.
- ⇒ Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins : 100% du Ticket modérateur + 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

LD

W

AM

CB

SA

HPB

L'hospitalisation non conventionnée est limitée à :

- ⇒ Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins : 20% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.
- ⇒ Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins : 20 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

Autres frais

Le forfait journalier de la Sécurité Sociale est pris en charge intégralement, sans limitation de durée.

Les frais de chambre particulière sont pris en charge dans la limite, par jour, de de 4 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de l'hospitalisation.

Les frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans sont pris en charge dans la limite, par jour, de 1 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de l'hospitalisation.

TRANSPORT EN AMBULANCE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 35 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

PHARMACIE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le montant remboursé par la Sécurité Sociale.

Les vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale mais prescrits par un médecin sont pris en charge dans la limite de 10 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense par an et par bénéficiaire.

CONSULTATIONS – VISITES (d'omnipraticiens, de spécialistes, de professeurs et de neuropsychiatres)

⇒ Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % du Ticket Modérateur + 170 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

⇒ Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins :

Le montant de l'indemnité complémentaire fixé à 100% du Ticket modérateur + 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

MEDECINE DOUCE

L'Institution prend en charge les consultations d'OSTÉOPATHIE, d'ETIOPATHIE, de CHIROPRACTIE ou d'ACUPUNCTURE non prises en charge par la Sécurité Sociale (*).

Le remboursement ne sera effectué que sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative.

Le montant de l'indemnité versée par l'Institution est fixé à 1 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense par consultation, pour maximum 2 consultations par an et par bénéficiaire.

SA
AN
CB
113

(*) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.

Les Etiopathes doivent être inscrits sur le Registre National des Etiopathes.

Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).

Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

ACTES PRATIQUES PAR LES AUXILIAIRES MEDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 200 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

ACTES TECHNIQUES MEDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE

⇒ Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % du Ticket Modérateur + 170 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

⇒ Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins :

Le montant de l'indemnité complémentaire fixé à 100% du Ticket modérateur + 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

ANALYSES BIOLOGIQUES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 40 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

ACTES D'IMAGERIE, ECHOGRAPHIE ET DOPPLER

⇒ Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % du Ticket Modérateur + 170 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

⇒ Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins :

Le montant de l'indemnité complémentaire fixé à 100% du Ticket modérateur + 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

FRAIS DE PREVENTION (prescrits par un médecin)

L'institution prend en charge les frais de prévention suivants :

- une consultation annuelle chez un diététicien par enfant de moins de douze ans, est prise en charge dans la limite de 30 €.
- un dépistage annuel de l'ostéoporose pour une personne entre 45 et 59 ans, est pris en charge dans la limite de 75 €.
- Un test ADN de dépistage de la trisomie 21 chez la femme enceinte dans la limite de 600 € par année civile et d'un test par grossesse.

LD
W
AN
CB
SA
PB

Par ailleurs, dans le respect de la réglementation (arrêté du 8 Juin 2006), l'Institution prend en charge deux actes de prévention supplémentaires :

- détartrage complet sus et sous gingival des dents (en deux séances maximum), le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.
- dépistage troubles de l'audition chez une personne de plus de 50 ans (un dépistage tous les 5 ans par bénéficiaire), le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

SOINS DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

⇒ les consultations et soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention et hors inlays onlays d'obturation), la radiologie et la chirurgie :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 200 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

⇒ les inlays onlays d'obturation :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 350 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

⇒ la parodontie :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 350 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

PROTHESES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

⇒ prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), pris en charge par la sécurité sociale :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 350 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

⇒ les inlays core :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 350 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

IMPLANTS DENTAIRE

Les implants dentaires sont remboursés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire de 6 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.

FRAIS D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 300 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

Les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale sont garantis dans la limite de 300 % de la Base de Remboursement reconstituée.

CB
SA
OTB

PROTHESES AUDITIVES, ORTHOPEDIE, AUTRES PROTHESES NON DENTAIRES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 200 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

OPTIQUE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé comme suit :

- Lentilles de contact correctrices ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale : 9% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de l'intervention par an et par bénéficiaire. Au-delà du forfait, les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100 % du Ticket Modérateur.
- Lentilles de contact correctrices n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale (y compris jetables) : 9% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de l'intervention par an et par bénéficiaire.
- Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser : 6 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de l'intervention, par œil.
- Verres : Les verres sont remboursés selon la grille ci-dessous, en fonction du niveau de correction :

CYLINDRE / SPHERE		PRESTATION PAR ADULTE ⁽¹⁾		PRESTATION PAR ENFANT ⁽¹⁾	
		Par verre	Par équipement	Par verre	Par équipement
VERRES SIMPLES FOYER, SPHERIQUES					
(a)	Verres de sphère de - 6 à + 6	85,00 €	290,00 €	60,00 €	200,00 €
(b)	Verres de sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
	Verres de sphère hors zone de - 10 à + 10	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
VERRES SIMPLES FOYER, SPHERO-CYLINDRIQUES					
(a)	Verres de cylindre < ou = + 4, sphère de - 6 à + 6	85,00 €	290,00 €	60,00 €	200,00 €
(b)	Verres de cylindre < ou = + 4, sphère hors zone de - 6 à + 6	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
	Verres de cylindre > + 4, sphère de - 6 à + 6	85,00 €	290,00 €	60,00 €	200,00 €
	Verres de cylindre > ou = + 4, sphère hors zone de - 6 à + 6	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES					
(c)	Verres de sphère de - 4 à + 4	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
(d)	Verres de sphère hors zone de - 4 à + 4	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES					
(d)	Verres sphéro-cylindriques, sphère de - 8 à +8	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
	Verres de sphère hors zone de - 8 à +8	245,40 €	610,80 €	200,00 €	480,00 €

(1) Garantie pour un équipement (1 monture + 2 verres)

- Monture adulte : 120 euros
- Monture enfant : 80 euros

Dans tous les cas, la prise en charge par l'Institution est limitée à un équipement optique (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition dudit équipement. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien.

Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

LD
W
AM
CB
SA
DID

CURES THERMALES (prises en charge par la Sécurité Sociale)

Les frais sont ceux correspondant aux frais médicaux, de transports, de séjours.

Le montant de l'indemnité complémentaire, versée dans la limite des frais engagés, est fixé à 10 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de la cure (***)

(***) Pour les honoraires des médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins, la garantie est plafonnée à 100 % du Ticket Modérateur + 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

L'indemnité complémentaire ne peut, en tout état de cause, excéder la différence entre les frais réels et les prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale et tout autre organisme.

20. LA CONSTITUTION DE VOS DOSSIERS

Comment obtenir une prise en charge ?

Afin d'éviter toute avance de fonds pour un séjour à l'hôpital ou en clinique conventionnée, vous pouvez formuler une demande d'attestation de prise en charge directement auprès de votre Centre de gestion.

Vous voudrez bien à cet effet préciser :

- les coordonnées de l'établissement hospitalier (adresse et n° de télécopie),
- le service traitant,
- la date d'entrée.

Le Centre de gestion enverra immédiatement un bon de prise en charge à l'hôpital ou à la clinique.

L'Institution se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires en cas de besoin.

Afin d'obtenir un règlement rapide de vos dossiers, vous devez envoyer toutes les pièces originales justifiant du droit à prestations mentionnées à l'article 22. PIECES A FOURNIR ci-après, au Centre de gestion suivant :

GFP
2 RUE JOSEPH FOURIER
LE JARDIN D'ENTREPRISE BP10185
28000 CHARTRES
☎ : 0825 802 830

Le remboursement sera alors effectué soit :

- par chèque bancaire envoyé à votre domicile,
- soit par virement bancaire selon votre demande (envoyez un RIB lors de votre première demande de remboursement) et il vous sera alors adressé le décompte de remboursement de soins correspondant.

Nous vous précisons qu'en cas de difficulté majeure ou de contestation sur le remboursement des prestations, vous pouvez nous contacter au numéro de téléphone du gestionnaire.

N'oubliez pas de nous informer de tout changement d'adresse, de situation de famille, ou de bénéficiaires en complétant un nouveau bulletin d'affiliation que vous nous adresserez par l'intermédiaire de votre service du personnel.

21. DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE

Les frais exposés doivent être justifiés par la production des notes d'honoraires, mémoires ou factures établis en bonne et due forme et portant les nom et prénoms du malade.

Les remboursements ne seront effectués que pour les frais engagés au titre d'accident, de maladie ou de maternité postérieurement à la date d'effet de la garantie pendant la durée de cette garantie.

L'Institution ne considère comme recevables que les exemplaires originaux de ces documents : aucune copie n'est acceptée.

Tout dossier transmis sans justifications de frais réels sera réglé sur la base du remboursement de la Sécurité Sociale et ne pourra faire l'objet d'aucun redressement ultérieur.

22. PIÈCES À FOURNIR

• REMBOURSEMENT DE SOINS – MALADIE – CHIRURGIE – MATERNITE

En vue du règlement des prestations, un dossier de demande de prestations, fourni par l'Institution, est rempli, accompagné des pièces justificatives, notamment :

I - l'original du DECOMPTE DE LA SECURITE SOCIALE et de tout autre organisme, indiquant la qualité de la personne malade et le montant du remboursement au titre de l'Assurance Maladie et/ou Accident du Travail ou Maladies Professionnelles,

II - la prescription médicale,

III - le devis préalable lorsqu'il conditionne la prestation,

IV - la (ou les) attestation(s) de paiement le cas échéant,

V - une FACTURE acquittée des frais réels mentionnant tous les actes pour :

- Frais d'hospitalisation médicale et chirurgicale, frais d'accouchement :
 - l'original du « bordereau 615 » acquitté, s'agissant d'établissements conventionnés privés tenus à cette facturation,
 - l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier et notes d'honoraires correspondant à la chirurgie, datées et signées par le praticien ou l'établissement qui les a délivrées, mentionnant les nom et prénoms de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et le cas échéant, la nature des actes pratiqués,
 - les notes de dépassement d'honoraires.
- Pharmacie : bordereau subrogatoire du pharmacien en cas d'utilisation du tiers payant.
- Autres postes : en cas de dépassement du tarif de la Sécurité Sociale, selon le cas, l'original de la facture ou la photocopie de la feuille de soins.
- Soins dentaires : le chirurgien-dentiste doit mentionner la codification des actes.
- Prothèses dentaires et orthodontie :
 - photocopie de la feuille maladie complétée par le dentiste après exécution des travaux,
 - original de la facture et/ou note d'honoraires détaillée et acquittée de tous les actes (partie prise en charge et partie non prise en charge).
- Lunettes : original de la facture détaillée et acquittée (séparer le coût des verres et de la monture). En cas de nouvel équipement avant l'échéance des deux ans (équipement par période d'un an), la fourniture de la précédente prescription médicale sera exigée en plus de la nouvelle prescription pour attester le changement de correction.

LD

W

AM

CB

SA

HB

- Lentilles de contact correctrices :
 - original de la facture détaillée et acquittée,
 - original de la prescription médicale datant de moins de trois ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) s'agissant des lentilles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale.

- Cures thermales :
 - original de la facture de l'établissement thermal détaillée et acquittée,
 - les bordereaux de la Sécurité Sociale se rapportant à cette cure.

- Prévention :
 - l'original de la facture du pharmacien et/ou du praticien, en ce qui concerne les vaccins, médicaments ou actes non pris en charge par la Sécurité Sociale.

L'Institution se réserve le droit de demander toute autre pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit du participant.

- La facture acquittée des frais d'obsèques mentionnant les nom, prénom et adresse de la personne qui a effectué le règlement,
- Le cas échéant, le certificat de scolarité, la copie du contrat d'apprentissage ou la copie du contrat de formation en alternance.

23. DÉCHÉANCE

L'assuré est déchu de ses droits aux prestations si la demande des pièces justificatives ne parvient pas à l'Institution dans un délai de deux ans à compter de la date des soins.

LA
 W
 AN
 CB
 SA
 PB



UNIPREVOYANCE

NOTICE D'INFORMATION

⇒ Régime Frais de Santé

Ensemble du Personnel

**UNITE ECONOMIQUE ET SOCIALE
NORAUTO**

Notice émise le 5 Juin 2017 à effet du 1^{er} janvier 2017

UNIPREVOYANCE – 10 rue Massue – 94307 VINCENNES Cedex
Téléphone : 01.58.64.41.00 – Télécopie : 01.58.64.42.30 – www.uniprevoyance.fr
Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité Sociale,
agrée par arrêté du Ministère de la Santé et de la Famille en date du 28-11-1978

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située : 61, rue Taitbout - 75009 PARIS

LD
W
AM

CB

5/2/17

RESUME DES GARANTIES

L'INDEMNITÉ COMPLÉMENTAIRE VERSÉE PAR UNIPREVOYANCE S'AJOUTE DANS LA LIMITE DES FRAIS RESTANT À LA CHARGE DU PARTICIPANT, À CELLES VERSÉES AU MÊME TITRE TANT PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE QUE PAR TOUT AUTRE ORGANISME.

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS	
<p>♦ HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE (y compris l'hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile)</p> <p>. Honoraires (établissement public ou privé) – hospitalisation conventionnée</p> <p>. Honoraires (établissement public ou privé) – hospitalisation non conventionnée.....</p> <p>. Frais de séjour (établissement public ou privé) – hospitalisation conventionnée.....</p> <p>. Frais de séjour (établissement public ou privé) – hospitalisation non conventionnée</p> <p>. Forfait journalier (participant relevant du Régime Général)</p> <p>. Chambre particulière</p> <p>. Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans</p>	<p><u>Médecins signataires du CAS</u> 100 % des FR – SS 20 % de la BR SS</p>	<p><u>Médecins non signataires du CAS</u> TM + 100 % de la BR SS 20 % de la BR SS</p>
♦ FRAIS DE TRANSPORT	100 % des FR – SS 20 % de la BR SS	
♦ PHARMACIE (y compris vaccins remboursés par la Sécurité Sociale)	100 % [BR SS – MR SS] ²	
♦ VACCINS prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursés par la Sécurité Sociale)	Remboursement limité à 10 % du PMSS ³ et ⁴ par jour par an et par bénéficiaire	
♦ CONSULTATIONS – VISITES (d'omnipraticiens, de spécialistes, de professeurs et de neuropsychiatres)	<u>Médecins signataires du CAS</u> TM + 170 % de la BR SS	<u>Médecins non signataires du CAS</u> TM + 100 % de la BR SS
♦ ACTES PRATIQUES PAR LES AUXILIAIRES MEDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	200 % de la BR SS	
♦ ACTES TECHNIQUES MEDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE	<u>Médecins signataires du CAS</u> TM + 170 % de la BR SS	<u>Médecins non signataires du CAS</u> TM + 100 % de la BR SS
♦ ANALYSES BIOLOGIQUES	40 % de la BR SS	
♦ ACTES D'IMAGERIE, ECHOGRAPHIE ET DOPPLER	<u>Médecins signataires du CAS</u> TM + 170 % de la BR SS	<u>Médecins non signataires du CAS</u> TM + 100 % de la BR SS
♦ SOINS DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE . Consultations et soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention et hors inlays onlays d'obturation), la radiologie et la chirurgie et la parodontologie	200 % de la BR SS	
. Inlays onlays d'obturation	350 % de la BR SS	
. Parodontie	350 % de la BR SS	
♦ PROTHESES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE . Prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), pris en charge par la sécurité sociale	350 % de la BR SS	
. Inlays core.....	350 % de la BR SS	
♦ IMPLANTS DENTAIRES	6 % du PMSS ⁴ par an et par bénéficiaire	
♦ FRAIS D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE) . Actes pris en charge par la Sécurité Sociale	300 % de la BR SS	
. Actes non pris en charge par la Sécurité Sociale	300 % de la BR SS reconstituée	
♦ PROTHESES AUDITIVES, ORTHOPEDIE, APPAREILLAGE ET PROTHESES DIVERSES NON DENTAIRE	200 % de la BR SS	
♦ OPTIQUE . Verres	Selon la grille optique ci-dessous (**)	
. Monture adulte	120 euros	
. Monture enfant	80 euros	
<p>Dans tous les cas, la prise en charge par l'Institution est limitée à un équipement optique (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition dudit équipement. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien.</p> <p>Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.</p>		
♦ Lentilles de contact correctrices ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale	9 % du PMSS ⁴ par an et par bénéficiaire Au-delà du forfait, les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100 % du Ticket Modérateur.	
♦ Lentilles de contact correctrices n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale (y compris jetables)	9 % du PMSS ⁴ par an et par bénéficiaire	
♦ Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	6 % du PMSS ⁵ par œil	
♦ CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	10% du PMSS ⁶ dans la limite des frais engagés Pour les honoraires des médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins, la garantie est plafonnée à 100 % du Ticket Modérateur + 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale	

1 – En vigueur au 1^{er} jour de l'hospitalisation
 2 – [BR SS – MR SS] : différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le Montant Remboursé par la Sécurité Sociale
 3 – Cette limite s'entend pour l'ensemble des garanties complémentaires Santé couvrant le bénéficiaire auprès d'UNIPREVOYANCE.

4 – En vigueur au jour de la dépense
 5 – En vigueur au jour de l'intervention
 6 – En vigueur au 1^{er} jour de la cure

PMSS 2017 : 3 269 €

Handwritten notes and initials:
 A
 CB
 JA
 OFB

ABREVIATIONS :

- FR – SS ➔ Frais Réels – Remboursement de la Sécurité Sociale et tout autre organisme
- BR SS ➔ Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (équivalent au TC)
- MR SS ➔ Montant Remboursé par la Sécurité Sociale
- PMSS ➔ Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- CAS ➔ Contrat d'Accès aux Soins
- TM ➔ Ticket Modérateur

(**) Les verres sont remboursés selon la grille ci-dessous, en fonction du niveau de correction :

CYLINDRE / SPHERE		PRESTATION PAR ADULTE ⁽¹⁾		PRESTATION PAR ENFANT ⁽¹⁾	
		Par verre	Par équipement	Par verre	Par équipement
VERRES SIMPLES FOYER, SPHERIQUES					
(a)	Verres de sphère de - 6 à + 6	85,00 €	290,00 €	60,00 €	200,00 €
(b)	Verres de sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
	Verres de sphère hors zone de - 10 à + 10	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
VERRES SIMPLES FOYER, SPHERO-CYLINDRIQUES					
(a)	Verres de cylindre < ou = + 4, sphère de - 6 à + 6	85,00 €	290,00 €	60,00 €	200,00 €
(b)	Verres de cylindre < ou = + 4, sphère hors zone de - 6 à + 6	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
	Verres de cylindre > + 4, sphère de - 6 à + 6	85,00 €	290,00 €	60,00 €	200,00 €
	Verres de cylindre > ou = + 4, sphère hors zone de - 6 à + 6	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES					
(c)	Verres de sphère de - 4 à + 4	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
(d)	Verres de sphère hors zone de - 4 à + 4	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES					
(d)	Verres sphéro-cylindriques, sphère de - 8 à +8	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
	Verres de sphère hors zone de - 8 à +8	245,40 €	610,80 €	200,00 €	480,00 €

(1) Garantie pour un équipement (1 monture + 2 verres)

En complément des garanties décrites ci-dessus, UNIPRÉVOYANCE rembourse les garanties PRÉVENTION et de MEDECINE DOUCE suivantes :

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
PRESTATIONS DE PRÉVENTION PUBLIÉES PAR L'ARRÊTÉ DU 8 JUIN 2006 . Détartrage complet sus et sous gingival des dents (en deux séances maximum) Dépistage troubles de l'audition chez une personne de + de 50 ans	30 % de la BR SS 30 % de la BR SS tous les 5 ans et par bénéficiaire
AUTRES FRAIS DE PREVENTION (prescrits par un médecin) . Consultation chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans Dépistage annuel de l'ostéoporose pour une personne entre 45 et 59 ans Test ADN de dépistage de la trisomie 21 chez la femme enceinte ²	30 € par an et par bénéficiaire 75 € par an et par bénéficiaire Maximum : 600 € par année civile et un test par grossesse
MEDECINE DOUCE (consultations non prises en charge par la Sécurité Sociale) . Consultations d'OSTÉOPATHIE, d'ETIOPATHIE, de CHIROPRACTIE ou d'ACUPUNCTURE (***)	Remboursement dans la limite de 2 consultations par année civile et par bénéficiaire 1% du PMSS ⁴ en vigueur au jour de la dépense

- (***) - Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.
 - Les étioopathes doivent être inscrits sur le Registre National des Etiopathes.
 - Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).
 - Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

(2) Sur présentation de la facture accompagnée d'une prescription médicale pour les femmes dont le risque d'avoir un enfant trisomique est supérieur ou égal à 1/250.

Handwritten notes: 40, W, AM, CB, JA, AB

SOMMAIRE

RESUME DES GARANTIES	2
1. OBJET ET PERIMETRE DU CONTRAT	5
2. BENEFICIAIRES.....	5
3. MODALITES D'ADHESION	6
4. EFFET DU CONTRAT D'ADHESION.....	6
5. DURÉE - RÉILIATION DU CONTRAT	7
6. FUSION - ABSORPTION - CESSATION D'ACTIVITÉS.....	7
7. CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES.....	8
8. PRESTATIONS	10
9. PRESCRIPTION	10
10. FONDS SOCIAL.....	10
11. LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	10
12. CONTROLE	10
13. MEDIATEUR.....	11
14. SUBROGATION.....	11
15. FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION.....	11
16. COUVERTURE.....	12
17. LA CONSTITUTION DE VOS DOSSIERS	17
18. DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE.....	17
19. PIÈCES À FOURNIR	18
20. DÉCHÉANCE.....	19
Annexe I - MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX AYANTS DROIT D'UN PARTICIPANT DECEDE ...	20
Annexe II - MAINTIEN DE L'ASSURANCE DANS LE CAS PARTICULIER DES SUSPENSIONS DE CONTRATS NON INDEMNISEES	21
Annexe III - SERVICES COMPLEMENTAIRES POUR LES RESIDENTS EN FRANCE METROPOLITAINE ..	22
Annexe IV - MAINTIEN DE L'ASSURANCE AU PERSONNEL EXPATRIE ET AFFILIE A LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ETRANGER	24
Annexe V - MAINTIEN DES GARANTIES AUX ANCIENS SALARIES SELON L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL	25
Annexe VI - SERVICES D'INFORMATION MEDICALE ET SERVICES EN OPTIQUE DENTAIRE ET AUDIOPROTHESE	26
Annexe VII - TELECONSULTATION	28

TS
W
AM
CB
SA
13

1. OBJET ET PERIMETRE DU CONTRAT

Objet :

Le présent contrat a pour objet de servir aux salariés (ci-après dénommés participants ou membres participants) de l'UES NORAUTO et à leurs ayants droit, des prestations complémentaires s'ajoutant, dans la limite des frais réellement engagés, aux prestations en nature versées au même titre par la Sécurité Sociale.

Périmètre du contrat :

L'ensemble des sociétés composant l'UES NORAUTO, constitue le périmètre de souscription.

2. BENEFICIAIRES

Sont bénéficiaires de la garantie :

A titre obligatoire : le participant,

A titre facultatif, ses ayants droit ci-après définis :

- son CONJOINT non divorcé ni séparé de corps judiciairement, à charge au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés, ...)
- en l'absence de conjoint, son CONCUBIN (sur présentation d'une attestation sur l'honneur de vie maritale, renouvelée chaque année, régi par l'article 515-8 du Code Civil) à charge au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés, ...)
- en l'absence de conjoint ou concubin, le PARTENAIRE, lié au participant- bénéficiaire par un Pacte Civil de Solidarité (régi par les articles 515.1 à 515.7 et 506.1 du Code Civil) à charge au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés, ...)
- ses ENFANTS, et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint, de son concubin ou ceux de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) :
 - à charge au sens de la Sécurité Sociale et âgés de moins de 20 ans,
 - âgés de moins de 28 ans et affiliés au régime de la Sécurité Sociale des étudiants,
 - âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - âgés de moins de 28 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi),
 - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 Juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.
- ses ASCENDANTS à charge au sens de la Sécurité Sociale,
- les ASCENDANTS de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à charge au sens de la Sécurité Sociale.

LD
W
AM
CB
SA
01/13

3. MODALITES D'ADHESION

1. DATE D'ADMISSION A L'ASSURANCE

Participants :

La date d'admission à l'assurance est celle de la date d'entrée du participant dans l'entreprise ou la date d'effet du contrat si celle-ci est postérieure.

Ayants droits :

La date d'admission à l'assurance des ayants droit est, selon le cas :

A – sans délai d'attente et sur justificatif :

- la date d'admission à l'assurance du participant lorsque celui-ci a opté pour une cotisation « participant avec ayant(s) droit bénéficiaire(s) » et qu'en conséquence, les ayants droit figurent sur le bulletin individuel d'affiliation initial du participant ;
- la date du changement de la situation familiale (mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un pacte civil de solidarité, concubinage, naissance, décès d'un ayant-droit...);
- la date de la perte d'emploi du conjoint ou du partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité ou du concubin ;
- La date de la mise en place dans le cadre obligatoire d'un régime complémentaire frais médicaux par l'employeur du conjoint ou du partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité ou du concubin ;

B – avec un délai d'attente de 6 mois, dans tous les autres cas :

- Le terme du 6^{ème} mois à compter de la date de réception de la demande écrite du participant, par le service en charge de la gestion de régime de frais de santé.

Il est précisé que les frais de MATERNITE sont pris en charge sans délai d'attente.

Toutefois, ce délai d'attente est supprimé dans les cas ci-après :

- frais consécutifs à un accident survenu postérieurement à la date d'admission à l'assurance de l'intéressé (on entend par "accident", toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure),
- continuité d'assurance (assurance antérieure offrant des prestations au moins équivalentes).

2. RADIATION DE L'ASSURANCE

Le participant qui avait opté pour une cotisation "participant avec ayant(s) droit bénéficiaire(s)" peut demander, à tout moment, une cotisation "participant seul bénéficiaire". La radiation de l'assurance des ayants droit intervient alors le dernier jour du mois civil qui suit la réception de la demande ; elle est définitive.

4. EFFET DU CONTRAT D'ADHESION

Le présent contrat d'adhésion est souscrit dans un cadre collectif et prend effet le **PREMIER JANVIER DEUX MIL DOUZE.**

W
AM
CB
SA
H/B

Le présent contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application. En conséquence :

• **il prend en charge :**

- l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie,
- les équipements d'optique médicale dans la double limite des minima et maxima fixés par décret,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée.

• **il ne prend pas en charge :**

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins au-delà de la limite fixée par décret,
- la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).

Et de manière générale, il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci.

En outre, le contrat respecte le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du code de la Sécurité sociale. Il permet également aux salariés de l'entreprise adhérente d'avoir accès au tiers-payant généralisé sur les prestations bénéficiant de ce mécanisme et avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

5. DURÉE - RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat d'adhésion est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant sa date d'effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année civile, sauf résiliation à l'initiative de l'entreprise adhérente ou de l'Institution, signifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant l'échéance du contrat, soit le 31 octobre de l'année en cours.

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties. Des maintiens de garantie sont cependant prévus dans les conditions ci-après.

Lorsque le contrat d'adhésion est résilié et qu'il n'est pas remplacé par un autre contrat d'assurance, les participants qui bénéficient d'un contrat de travail peuvent souscrire, dans les DEUX MOIS qui suivent la résiliation du contrat d'adhésion, une des formules d'assurance à adhésion individuelle proposée par l'Institution, sous réserve de l'accord de cette dernière.

Les garanties sont accordées sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaires médicaux au profit des participants concernés lorsqu'elles sont au plus équivalentes au régime dont bénéficiait le participant à la date de résiliation.

6. FUSION - ABSORPTION - CESSATION D'ACTIVITÉS

Toute cessation d'adhésion suivant une opération de fusion, absorption, de changement de statut, est assimilée à une démission.

La garantie subsiste en cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'adhérent. L'administrateur ou le débiteur autorisé par le Juge-Commissaire ou le liquidateur, selon le cas, et l'Institution conservent le droit de résilier le contrat d'adhésion pendant un délai de trois mois à compter de la date du jugement de redressement ou de liquidation judiciaire. Le liquidateur s'engage à payer les cotisations relatives au maintien des garanties prévu pendant cette période de trois mois, la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'Institution ne couvre plus le risque étant restituée au débiteur.

La résiliation sera de plein droit en cas de cessation d'activité de l'entreprise.

LD
W
AM
CB
SA
013

7. CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES

7-1 - CESSATION DES GARANTIES

Les participants cessent d'être garantis lors de la survenance de l'un des événements suivants :

- Résiliation du contrat d'adhésion,
- Départ du participant de l'entreprise adhérente ou de la catégorie de personnel visée,
- Liquidation de la retraite de Sécurité Sociale.

L'assurance est maintenue, aux mêmes clauses et conditions, aux membres du personnel dont la cessation ou la rupture du contrat de travail ouvre droit à la prise en charge par le régime d'Assurance Chômage (Annexe V), sauf :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la cessation ou de la rupture de son contrat de travail.

S'ils étaient couverts au titre du contrat initial, le maintien demandé par l'ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues.

– Prise d'effet et durée du maintien – Renonciation

- L'ensemble des garanties du présent contrat sera maintenu, à compter du lendemain du jour de cessation ou de rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail appréciée en mois entiers, telle que déclarée par l'Entreprise Adhérente, dans la limite de 12 mois.
- Toutefois, le bénéficiaire du maintien des garanties a la possibilité de renoncer audit maintien. S'il entend y renoncer, cette renonciation sera définitive, concernera l'ensemble des garanties et devra être notifiée expressément par écrit à l'ancien employeur, dans les dix jours suivant la date de cessation ou de rupture du contrat de travail.

– Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier de ces deux événements :

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe « Prise d'effet et durée du maintien »,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite de la Sécurité Sociale.

Avant ce terme et sauf en cas de mise en liquidation judiciaire de l'Entreprise Adhérente, le maintien est interrompu :

- à la date de suspension des garanties du présent contrat en cas de non paiement des cotisations,
- à la date de résiliation du présent contrat.

En tout état de cause, les bénéficiaires pourront demander, dans les six mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989.

– Assurance individuelle après résiliation

Une formule d'assurance à adhésion individuelle peut être souscrite auprès de l'Institution par tout ancien salarié.

La demande d'adhésion doit être effectuée dans les DEUX MOIS qui suivent la résiliation du contrat d'adhésion.

Cette assurance est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical, lorsque la formule retenue est au plus équivalente au régime dont bénéficiait le participant à la date de résiliation.

W
AM
CB
JA
13

– Assurance individuelle des ayants droit

En cas de décès d'un ancien salarié avant résiliation du contrat d'adhésion, les dispositions prévues au paragraphe ci-dessus sont applicables à ses ayants droit, étant précisé que la demande d'adhésion doit être effectuée dans les SIX MOIS qui suivent le décès.

7-2 - L'ASSURANCE INDIVIDUELLE APRÈS RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL OU DÉCÈS DU PARTICIPANT

Le contrat d'adhésion collectif obligatoire, souscrit en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, prévoit sans condition de période probatoire ni examens ou questionnaires médicaux, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'Institution maintient cette couverture :

- 1) Au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les SIX MOIS qui suivent la rupture de leur contrat de travail.
- 2) Au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les SIX MOIS suivant le décès.

Le nouveau contrat ou la nouvelle convention prévoit que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent paragraphe peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans les conditions fixées réglementairement par décret.

7-3 - SUSPENSION DES GARANTIES

7-3-1 - SUSPENSION DES GARANTIES DE PLEIN DROIT

La garantie est suspendue de plein droit dans les cas où le contrat de travail est lui-même suspendu pour les raisons suivantes :

- congé sabbatique visé à l'article L 3142-91 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L 3142-78 et suivants du Code du Travail ;
- congé parental d'éducation visé à l'article L 1225-47 et suivants du Code du Travail ;
- congé de présence parentale visé à l'article L 1225-62 et suivants du Code du travail ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- détention pénitentiaire.

La suspension intervient au jour de la suspension du contrat de travail, à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail du participant au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

7-3-2 – CAS PARTICULIER DES SUSPENSIONS DE CONTRATS NON INDEMNISEES.

Toutefois, l'assurance est maintenue, aux mêmes clauses et conditions (hors cotisations) aux membres du personnel dont le contrat est suspendu pour l'un des congés visés ci-dessous, sous réserve qu'ils continuent à relever de la Sécurité Sociale (sauf en cas de refus du maintien par le participant), conformément aux modalités prévues à l'annexe II :

- congé de solidarité familiale
- congé sabbatique
- congé pour création d'entreprise
- congé parental d'éducation
- congé de présence parentale

LD
W
AM
CB
SA
P/B

Les demandes individuelles d'affiliation doivent être adressées à l'Institution dans le 7^{ème} mois suivant le départ du participant ou dans le mois suivant la date d'effet du présent contrat d'adhésion pour le personnel déjà en congé ; LE DEPASSEMENT DE CE DELAI ENTRAINE FORCLUSION DEFINITIVE.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle du départ en congé ou celle du présent contrat d'adhésion pour le personnel déjà en congé.

Le maintien de l'assurance cesse, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'adhésion.

8. PRESTATIONS

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis à l'article 16 ci-après.

9. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'adhésion 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'Institution en a eu connaissance,
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Lorsque l'action de l'adhérent ou du participant contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou le participant ou a été indemnisé par celui-ci.

10. FONDS SOCIAL

Il est créé au sein de l'Institution un Fonds social affecté à l'attribution de secours ou d'aides à des participants ou à des personnes ayant été à leur charge et dont la situation matérielle apparaîtra digne d'intérêt.

Le Conseil d'Administration constitue une commission formée paritairement de membres adhérents et de membres participants ayant pour attribution l'examen des demandes et l'utilisation du Fonds social.

11. LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

L'entreprise adhérente s'engage à communiquer à l'Institution les informations concernant les participants dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées à nos réassureurs, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution du contrat d'adhésion.

En retour, les participants ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation précitée en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer, ou demander leur rectification, il leur suffit de prendre contact avec le service clientèle d'UNIPRÉVOYANCE.

12. CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle des Institutions de Prévoyance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

JA
W
AN
CB
SA
TB

13. MEDIATEUR

L'entreprise adhérente, le participant ou un ayant droit du participant peut, en cas de désaccord avec l'Institution, effectuer sa réclamation auprès de son interlocuteur habituel ; si la réponse fournie ne le satisfait pas, le demandeur peut adresser sa réclamation au « Service réclamation » d'UNIPREVOYANCE.

En cas de désaccord persistant avec l'Institution à l'issue de la procédure interne de réclamation, le demandeur peut saisir le médiateur du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), dont l'Institution lui adressera les coordonnées sur simple demande. Le recours au médiateur du CTIP s'exerce dans un souci de règlement à l'amiable, sans préjudice des autres voies d'action légales.

14. SUBROGATION

Dans la limite des prestations prises en charge par l'Institution, celle-ci est subrogée dans les droits du participant à l'égard du tiers responsable.

15. FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION

a) Les frais ouvrant droit à prestation sont, sous réserve des dispositions des paragraphes b), c), d), e) et f) ci-après, ceux énumérés à l'article 16 - **COUVERTURE** qui, concernant des traitements de maladie ou d'accident, ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, ont fait l'objet d'une prescription médicale et pour lesquels la date des soins figurant sur le bordereau de la Sécurité Sociale est comprise entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) en vigueur ou dans le Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires et qui n'ont pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, ouvrent droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite à l'article 16 - **COUVERTURE**.

b) Une demande de prise en charge est exigée s'agissant d'un séjour en maison de repos et de convalescence non exclu aux termes du paragraphe c) ci-après.

c) **SONT EXCLUS DE LA GARANTIE, LES FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE TRAITEMENT REALISES :**

- EN ETABLISSEMENTS DE POST-CURE,
- EN CENTRE DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE,
- EN CENTRE SPECIALISE DE SOINS POUR TOXICOMANES.

d) En tout état de cause, les actes pratiqués par des auxiliaires médicaux mais non prescrits médicalement n'ouvrent pas droit à prestation.

e) UNIPREVOYANCE ne prend pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité Sociale.

f) Les dépassements d'honoraires sont pris en charge dans la mesure où ils ont été déclarés par le praticien à la Sécurité Sociale et dans la mesure où ils sont prévus à l'article 16 - **COUVERTURE**.

S'agissant des soins dispensés à l'étranger, ils pourront donner lieu à un remboursement complémentaire sous réserve d'avoir été :

- soit pris en charge par la Sécurité Sociale Française,
- soit pris en charge par la Sécurité Sociale du lieu de séjour. Dans ce cas, notre remboursement se fera sur la base des tarifs de la Sécurité Sociale Française en vigueur à la date des soins et dans la limite des frais engagés.

S'agissant des ayants droit relevant d'un régime autre que le régime général ou Alsace Moselle de la Sécurité Sociale, les remboursements complémentaires sont calculés en tenant compte d'un remboursement fictif au moins égal à celui de Régime général ou Alsace Moselle de la Sécurité Sociale.

LD
W
A17
CB
SA
H13

L'INDEMNITE COMPLEMENTAIRE VERSEE PAR L'INSTITUTION S'AJOUTE, DANS LA LIMITE DES FRAIS RESTANT A LA CHARGE DU PARTICIPANT, A CELLES VERSEES, AU MEME TITRE, TANT PAR LA SECURITE SOCIALE QUE PAR TOUT AUTRE ORGANISME.

16. COUVERTURE

HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

Sont pris en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

Frais de séjour (établissement public ou privé)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % des frais réels, sous déduction du montant remboursé au même titre par la Sécurité Sociale et tout autre organisme, au titre des frais de séjour y compris les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques.

L'hospitalisation non conventionnée est limitée à 20% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

Honoraires médicaux et chirurgicaux

- ⇒ Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins : 100 % des frais réels, sous déduction du montant remboursé au même titre par la Sécurité Sociale et tout autre organisme.
- ⇒ Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins : 100% du Ticket modérateur + 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

L'hospitalisation non conventionnée est limitée à :

- ⇒ Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins : 20% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.
- ⇒ Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins : 20 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

Autres frais

Le forfait journalier de la Sécurité Sociale est pris en charge intégralement, sans limitation de durée.

Les frais de chambre particulière sont pris en charge dans la limite, par jour, de de 4 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de l'hospitalisation.

Les frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans sont pris en charge dans la limite, par jour, de 1 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de l'hospitalisation.

TRANSPORT EN AMBULANCE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 35 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

PHARMACIE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le montant remboursé par la Sécurité Sociale.

SA
AM
CB
SA
113

Les vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale mais prescrits par un médecin sont pris en charge dans la limite de 10 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense par an et par bénéficiaire.

CONSULTATIONS – VISITES (d'omnipraticiens, de spécialistes, de professeurs et de neuropsychiatres)

⇒ Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % du Ticket Modérateur + 170 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

⇒ Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins :

Le montant de l'indemnité complémentaire fixé à 100% du Ticket modérateur + 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

MEDECINE DOUCE

L'Institution prend en charge les consultations d'OSTÉOPATHIE, d'ETIOPATHIE, de CHIROPRACTIE ou d'ACUPUNCTURE non prises en charge par la Sécurité Sociale (*).

Le remboursement ne sera effectué que sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative.

Le montant de l'indemnité versée par l'Institution est fixé à 1 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense par consultation, pour maximum 2 consultations par an et par bénéficiaire.

(*) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.

Les Etiopathes doivent être inscrits sur le Registre National des Etiopathes.

Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).

Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

ACTES PRATIQUES PAR LES AUXILIAIRES MEDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 200 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

ACTES TECHNIQUES MEDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE

⇒ Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % du Ticket Modérateur + 170 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

⇒ Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins :

Le montant de l'indemnité complémentaire fixé à 100% du Ticket modérateur + 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

LD
W
A7
CB
JA
PB

ANALYSES BIOLOGIQUES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 40 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

ACTES D'IMAGERIE, ECHOGRAPHIE ET DOPPLER

⇒ Médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % du Ticket Modérateur + 170 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

⇒ Médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins :

Le montant de l'indemnité complémentaire fixé à 100% du Ticket modérateur + 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

FRAIS DE PREVENTION (prescrits par un médecin)

L'institution prend en charge les frais de prévention suivants :

- une consultation annuelle chez un diététicien par enfant de moins de douze ans, est prise en charge dans la limite de 30 €.
- un dépistage annuel de l'ostéoporose pour une personne entre 45 et 59 ans, est pris en charge dans la limite de 75 €.
- Un test ADN de dépistage de la trisomie 21 chez la femme enceinte dans la limite de 600 € par année civile et d'un test par grossesse.

Par ailleurs, dans le respect de la réglementation (arrêté du 8 Juin 2006), l'Institution prend en charge deux actes de prévention supplémentaires :

- détartrage complet sus et sous gingival des dents (en deux séances maximum), le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.
- dépistage troubles de l'audition chez une personne de plus de 50 ans (un dépistage tous les 5 ans par bénéficiaire), le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

SOINS DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

⇒ les consultations et soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention et hors inlays onlays d'obturation), la radiologie et la chirurgie :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 200 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

⇒ les inlays onlays d'obturation :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 350 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

⇒ la parodontie :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 350 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

W
An
CB
SA
AB

PROTHESES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

⇒ protheses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et reparations), pris en charge par la securite sociale :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixe à 350 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

⇒ les inlays core :

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 350 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

IMPLANTS DENTAIRES

Les implants dentaires sont remboursés dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire de 6 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.

FRAIS D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 300 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

Les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale sont garantis dans la limite de 300 % de la Base de Remboursement reconstituée.

PROTHESES AUDITIVES, ORTHOPEDIE, AUTRES PROTHESES NON DENTAIRES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 200 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

OPTIQUE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé comme suit :

- Lentilles de contact correctrices ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale : 9% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de l'intervention par an et par bénéficiaire. Au-delà du forfait, les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale sont prises en charge à hauteur de 100 % du Ticket Modérateur.
- Lentilles de contact correctrices n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale (y compris jetables) : 9% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de l'intervention par an et par bénéficiaire.
- Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser : 6 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de l'intervention, par œil.

LD
W
AM
CB
SA
PB

- Verres : Les verres sont remboursés selon la grille ci-dessous, en fonction du niveau de correction :

CYLINDRE / SPHERE		PRESTATION PAR ADULTE ⁽¹⁾		PRESTATION PAR ENFANT ⁽¹⁾	
		Par verre	Par équipement	Par verre	Par équipement
VERRES SIMPLES FOYER, SPHERIQUES					
(a)	Verres de sphère de - 6 à + 6	85,00 €	290,00 €	60,00 €	200,00 €
(b)	Verres de sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
	Verres de sphère hors zone de - 10 à + 10	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
VERRES SIMPLES FOYER, SPHERO-CYLINDRIQUES					
(a)	Verres de cylindre < ou = + 4, sphère de - 6 à + 6	85,00 €	290,00 €	60,00 €	200,00 €
(b)	Verres de cylindre < ou = + 4, sphère hors zone de - 6 à + 6	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
	Verres de cylindre > + 4, sphère de - 6 à + 6	85,00 €	290,00 €	60,00 €	200,00 €
	Verres de cylindre > ou = + 4, sphère hors zone de - 6 à + 6	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES					
(c)	Verres de sphère de - 4 à + 4	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
(d)	Verres de sphère hors zone de - 4 à + 4	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES					
(d)	Verres sphéro-cylindriques, sphère de - 8 à +8	225,00 €	570,00 €	200,00 €	480,00 €
	Verres de sphère hors zone de - 8 à +8	245,40 €	610,80 €	200,00 €	480,00 €

(1) Garantie pour un équipement (1 monture + 2 verres)

- Monture adulte : 120 euros
- Monture enfant : 80 euros

Dans tous les cas, la prise en charge par l'Institution est limitée à un équipement optique (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition dudit équipement. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien.

Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

CURES THERMALES (prises en charge par la Sécurité Sociale)

Les frais sont ceux correspondant aux frais médicaux, de transports, de séjours.

Le montant de l'indemnité complémentaire, versée dans la limite des frais engagés, est fixé à 10 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de la cure (***)

(***) Pour les honoraires des médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins, la garantie est plafonnée à 100 % du Ticket Modérateur + 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

L'indemnité complémentaire ne peut, en tout état de cause, excéder la différence entre les frais réels et les prestations versées au même titre par la Sécurité Sociale et tout autre organisme.

AM
CB
SA
AB

17. LA CONSTITUTION DE VOS DOSSIERS

Comment obtenir une prise en charge ?

Afin d'éviter toute avance de fonds pour un séjour à l'hôpital ou en clinique conventionnée, vous pouvez formuler une demande d'attestation de prise en charge directement auprès de votre Centre de gestion.

Vous voudrez bien à cet effet préciser :

- les coordonnées de l'établissement hospitalier (adresse et n° de télécopie),
- le service traitant,
- la date d'entrée.

Le Centre de gestion enverra immédiatement un bon de prise en charge à l'hôpital ou à la clinique.

L'Institution se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires en cas de besoin.

Afin d'obtenir un règlement rapide de vos dossiers, vous devez envoyer toutes les pièces originales justifiant du droit à prestations mentionnées à l'article 19 ci-après, au Centre de gestion suivant :

GFP
2 RUE JOSEPH FOURIER
LE JARDIN D'ENTREPRISE BP10185
28000 CHARTRES
☎ : 0825 802 830

Le remboursement sera alors effectué soit :

- par chèque bancaire envoyé à votre domicile,
- soit par virement bancaire selon votre demande (envoyez un RIB lors de votre première demande de remboursement) et il vous sera alors adressé le décompte de remboursement de soins correspondant.

Nous vous précisons qu'en cas de difficulté majeure ou de contestation sur le remboursement des prestations, vous pouvez nous contacter au numéro de téléphone du gestionnaire.

N'oubliez pas de nous informer de tout changement d'adresse, de situation de famille, ou de bénéficiaires en complétant un nouveau bulletin d'affiliation que vous nous adresserez par l'intermédiaire de votre service du personnel.

18. DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE

Les frais exposés doivent être justifiés par la production des notes d'honoraires, mémoires ou factures établis en bonne et due forme et portant les nom et prénoms du malade.

Les remboursements ne seront effectués que pour les frais engagés au titre d'accident, de maladie ou de maternité postérieurement à la date d'effet de la garantie pendant la durée de cette garantie.

L'Institution ne considère comme recevables que les exemplaires originaux de ces documents : aucune copie n'est acceptée.

Tout dossier transmis sans justifications de frais réels sera réglé sur la base du remboursement de la Sécurité Sociale et ne pourra faire l'objet d'aucun redressement ultérieur.

LD

W

AT

CB

SA
HB

19. PIÈCES À FOURNIR

• REMBOURSEMENT DE SOINS – MALADIE – CHIRURGIE – MATERNITE

En vue du règlement des prestations, un dossier de demande de prestations, fourni par l'Institution, est rempli, accompagné des pièces justificatives, notamment :

I - l'original du DECOMPTE DE LA SECURITE SOCIALE et de tout autre organisme, indiquant la qualité de la personne malade et le montant du remboursement au titre de l'Assurance Maladie et/ou Accident du Travail ou Maladies Professionnelles,

II - la prescription médicale,

III - le devis préalable lorsqu'il conditionne la prestation,

IV - la (ou les) attestation(s) de paiement le cas échéant,

V - une FACTURE acquittée des frais réels mentionnant tous les actes pour :

▪ Frais d'hospitalisation médicale et chirurgicale, frais d'accouchement :

- l'original du « bordereau 615 » acquitté, s'agissant d'établissements conventionnés privés tenus à cette facturation,
- l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier et notes d'honoraires correspondant à la chirurgie, datées et signées par le praticien ou l'établissement qui les a délivrées, mentionnant les nom et prénoms de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et le cas échéant, la nature des actes pratiqués,
- les notes de dépassement d'honoraires.

▪ Pharmacie : bordereau subrogatoire du pharmacien en cas d'utilisation du tiers payant.

▪ Autres postes : en cas de dépassement du tarif de la Sécurité Sociale, selon le cas, l'original de la facture ou la photocopie de la feuille de soins.

▪ Soins dentaires : le chirurgien-dentiste doit mentionner la codification des actes.

▪ Prothèses dentaires et orthodontie :

- photocopie de la feuille maladie complétée par le dentiste après exécution des travaux,
- original de la facture et/ou note d'honoraires détaillée et acquittée de tous les actes (partie prise en charge et partie non prise en charge).

▪ Lunettes : original de la facture détaillée et acquittée (séparer le coût des verres et de la monture).

En cas de nouvel équipement avant l'échéance des deux ans (équipement par période d'un an), la fourniture de la précédente prescription médicale sera exigée en plus de la nouvelle prescription pour attester le changement de correction.

▪ Lentilles de contact correctrices :

- original de la facture détaillée et acquittée,
- original de la prescription médicale datant de moins de trois ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) s'agissant des lentilles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale.

▪ Cures thermales :

- original de la facture de l'établissement thermal détaillée et acquittée,
- les bordereaux de la Sécurité Sociale se rapportant à cette cure.

▪ Prévention :

- l'original de la facture du pharmacien et/ou du praticien, en ce qui concerne les vaccins, médicaments ou actes non pris en charge par la Sécurité Sociale.

W
AN
CB
SA
HB

L'Institution se réserve le droit de demander toute autre pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit du participant.

- La facture acquittée des frais d'obsèques mentionnant les nom, prénom et adresse de la personne qui a effectué le règlement,
- Le cas échéant, le certificat de scolarité, la copie du contrat d'apprentissage ou la copie du contrat de formation en alternance.

20. DÉCHÉANCE

L'assuré est déchu de ses droits aux prestations si la demande des pièces justificatives ne parvient pas à l'Institution dans un délai de deux ans à compter de la date des soins.

LD
W
AN
CB
SA
J/B

Annexe I - MAINTIEN DE L'ASSURANCE AUX AYANTS DROIT D'UN PARTICIPANT DECEDE

L'assurance est maintenue, aux mêmes clauses et conditions, aux ayants-droit de participant décédé.

1. Effet

Les garanties du contrat sont maintenues aux ayants droits du participant décédé sous réserve :

- qu'ils soient inscrits au contrat à la date du décès du participant
- que les demandes individuelles d'affiliation soient adressées à l'Institution dans les six mois suivant le décès ; LE DEPASSEMENT DE CE DELAI ENTRAINE FORCLUSION DEFINITIVE.

Au titre de ce maintien de garanties, sont également considérés comme ayants droit du participant, les enfants nés moins de 300 jours après le décès du participant

2. Cessation

Le maintien de l'assurance cesse en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'adhésion ou de la présente annexe et au plus tard au terme d'une période maximum d'un an à la suite du décès.

3. Assurance individuelle après résiliation

Une formule d'assurance à adhésion individuelle peut être souscrite auprès de l'Institution par tout participant veuve ou veuf.

La demande d'adhésion doit être effectuée dans les DEUX MOIS qui suivent la résiliation du contrat d'adhésion ou de la présente annexe.

Cette assurance est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical, lorsque la formule retenue est au plus équivalente au régime dont bénéficiait le participant à la date de résiliation.

↙
W
A7
CB
JA
HB

Annexe II – MAINTIEN DE L'ASSURANCE DANS LE CAS PARTICULIER DES SUSPENSIONS DE CONTRATS NON INDEMNISEES

L'assurance est maintenue, aux mêmes clauses et conditions (hors cotisations) aux membres du personnel dont le contrat est suspendu pour l'un des congés visés ci-dessous, sous réserve qu'ils continuent à relever de la Sécurité Sociale (sauf en cas de refus du maintien par le participant) :

- congé de solidarité familiale
- congé sabbatique
- congé pour création d'entreprise
- congé parental d'éducation
- congé de présence parentale

Les demandes individuelles d'affiliation doivent être adressées à l'Institution dans le 7^{ème} mois suivant le départ du participant ou dans le mois suivant la date d'effet du présent contrat d'adhésion pour le personnel déjà en congé ; LE DEPASSEMENT DE CE DELAI ENTRAINE FORCLUSION DEFINITIVE.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle du départ en congé ou celle du présent contrat d'adhésion pour le personnel déjà en congé.

1. Cessation

Le maintien de l'assurance cesse, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'adhésion ou de la présente annexe.

CD
W
AD
CB
SA
P/B

Annexe III – SERVICES COMPLEMENTAIRES POUR LES RESIDENTS EN FRANCE METROPOLITAINE

Les dispositions du présent contrat d'adhésion sont complétées par celles définies ci-après, relatives à l'organisation et la prise en charge de services complémentaires.

Notre centre d'appel

Notre centre d'appel téléphonique est à la disposition des bénéficiaires, il est accessible grâce à un numéro de téléphone cristal mentionné ci-dessous. Il leur permet d'obtenir des informations dans le domaine de la santé, telles que des informations sur des questions de santé ou administratives, des informations tarifaires sur des devis proposés par un chirurgien-dentiste, un opticien ou un audioprothésiste, des informations techniques ou encore des informations sur nos partenaires en matière de santé.

Ces informations sont communiquées par une équipe spécialisée. Cette équipe s'engage à respecter les règles de déontologie et de confidentialité médicale. Elle ne fait ni diagnostic individualisé, ni recommandation de prescription médicale.

CENTRE D'APPEL : 01 72 59 51 60

LES SERVICES COMPLEMENTAIRES

1. Définition des services complémentaires

Nous mettons en œuvre des services complémentaires pour les bénéficiaires de la garantie, en cas d'hospitalisation supérieure à 48 heures suite à une atteinte corporelle grave, ou en cas d'hospitalisation dans un service de maternité pour une durée supérieure à cinq jours.

L'atteinte corporelle grave est l'accident ou la maladie à caractère soudain et imprévisible dont la nature risque de porter atteinte à la vie du bénéficiaire ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Pour ouvrir droit à nos prestations, l'atteinte corporelle grave doit être constatée par une autorité médicale.

Le domicile est le lieu de résidence, qui figure sur la déclaration d'impôt sur le revenu du bénéficiaire. Pour ouvrir droit à nos services, **il doit être situé en France métropolitaine.**

- **Si le bénéficiaire est victime d'une atteinte corporelle grave, en France ou à l'étranger, à plus de 50 Km de son domicile, nous organisons et prenons en charge son rapatriement sanitaire par le moyen de transport de notre choix et dès que son état de santé le lui permet.**

La décision de rapatrier le bénéficiaire est prise en fonction des seuls impératifs médicaux.

Nous dirigeons alors le bénéficiaire :

- soit vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé,
- soit vers le centre hospitalier le plus proche de son domicile,
- soit vers son domicile.

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la garantie.

- **Si le bénéficiaire est hospitalisé plus de 48 heures suite à une atteinte corporelle grave ou plus de cinq jours dans un service de maternité, nous organisons et prenons en charge les services complémentaires suivants :**
 - **l'acheminement d'un proche à son chevet, si aucun membre de sa famille ne se trouve à moins de 50 Km de son domicile,**

JA
W
AM
CB
SA
PIB

- **la garde des enfants et petits-enfants du bénéficiaire**, dès le premier jour d'hospitalisation, s'ils ont moins de 15 ans et si personne d'autre que le bénéficiaire ne peut en assurer la garde :
 - . soit en permettant la venue d'un proche à son domicile,
 - . soit en acheminant les enfants au domicile d'un proche,
 - . soit en confiant la garde des enfants au domicile du bénéficiaire à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, celle-ci s'occupe aussi de les accompagner à l'école.

Cette prestation est limitée à trente heures, réparties sur quinze jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation.

Nous intervenons à la demande des parents et ne pouvons être tenus pour responsables des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

Nous prenons à notre charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train première classe.

- **une aide ménagère à domicile :**

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit nous en faire la demande dans les huit jours suivant son hospitalisation.

Nous limitons toutefois cette aide à la période de trente jours suivant l'hospitalisation. La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder trente heures, réparties sur quinze jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour.

- **Si le bénéficiaire décède dans un rayon de plus de 200 km du domicile, nous organisons le rapatriement du corps ou des cendres du bénéficiaire du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation situé en France métropolitaine.**

2. Les modalités de notre intervention

Nous prenons en charge les seules prestations que nous organisons.

Pour la mise en œuvre des services complémentaires, le bénéficiaire doit nous contacter au numéro cristal suivant : **01 72 59 51 60** et obtenir l'accord préalable de l'équipe médicale.

3. Notre responsabilité

Notre responsabilité ne peut être engagée dans les cas suivants :

- dommage professionnel ou commercial subi par le bénéficiaire lors de l'exécution d'un de nos services complémentaires,
- retard dans l'organisation du service prévu par la garantie ou impossibilité de le fournir pour cause de force majeure : guerres (civile ou étrangère), émeute, acte de terrorisme, restriction à la libre circulation des biens et des personnes, grève, accidents nucléaires.

Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et nous ne prenons pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

LD
W
AM
CB
SA
HIB

Annexe IV – MAINTIEN DE L'ASSURANCE AU PERSONNEL EXPATRIE ET AFFILIE A LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ETRANGER

Les garanties faisant l'objet du contrat d'adhésion référencé ci-dessus sont étendues, aux mêmes clauses et conditions, au personnel expatrié et affilié à la Caisse des Français de l'Etranger.

Il est précisé que pour l'application de la Garantie REMBOURSEMENT DE SOINS –MALADIE – CHIRURGIE – MATERNITE, les références à la Sécurité Sociale sont remplacées par celles relatives à la Caisse des Français de l'Etranger.

LA
W
A07
CB
SA
013

Annexe V – MAINTIEN DES GARANTIES AUX ANCIENS SALARIES SELON L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL

L'assurance est maintenue, aux mêmes clauses et conditions, aux membres du personnel dont la cessation ou la rupture du contrat de travail ouvre droit à la prise en charge par le régime d'Assurance Chômage, sauf :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la cessation ou de la rupture de son contrat de travail.

S'ils étaient couverts au titre du contrat initial, le maintien demandé par l'ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues.

↳ Prise d'effet et durée du maintien

L'ensemble des garanties du contrat d'adhésion sera maintenu, à compter du lendemain du jour de la cessation ou de la rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée, telle que déclarée par l'Entreprise Adhérente, est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

↳ Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier de ces deux événements :

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe « Prise d'effet et durée du maintien »,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite de la Sécurité Sociale.

Avant ce terme, le maintien est interrompu :

- à la date de suspension des garanties du contrat d'adhésion en cas de non-paiement des cotisations,
- à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

En tout état de cause, les bénéficiaires pourront demander, dans les six mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989.

↳ Assurance individuelle après résiliation

Une formule d'assurance à adhésion individuelle peut être souscrite auprès de l'Institution par tout ancien salarié.

La demande d'adhésion doit être effectuée dans les DEUX MOIS qui suivent la résiliation du contrat d'adhésion ou de la présente annexe.

Cette assurance est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical, lorsque la formule retenue est au plus équivalente au régime dont bénéficiait le participant à la date de résiliation.

↳ Assurance individuelle des ayants droit

En cas de décès d'un ancien salarié avant résiliation du contrat d'adhésion ou de la présente annexe, les dispositions prévues au paragraphe ci-dessus sont applicables à ses ayants droit, étant précisé que la demande d'adhésion doit être effectuée dans les SIX MOIS qui suivent le décès.

Annexe VI – SERVICES D'INFORMATION MEDICALE ET SERVICES EN OPTIQUE DENTAIRE ET AUDIOPROTHESE

Les dispositions du présent contrat d'adhésion sont complétées par celles définies ci-après, relatives aux services d'information médicale et sociale ainsi qu'aux services en optique, dentaire et audioprothèse.

I - LES SERVICES D'INFORMATION MEDICALE ET SOCIALE

Un service d'information est à la disposition des bénéficiaires, il est accessible grâce à un numéro de fax mentionné sur l'attestation de tiers payant santé. Une équipe de conseillers santé avec des médecins, chirurgiens-dentistes, opticiens, diététiciens....., répondent à toutes les questions médicales ou administratives et plus particulièrement dans les domaines suivants :

- La prévention : vaccinations, prévention bucco-dentaire, allergies, diététique, problèmes de vision et d'audition, dépistage et prévention des cancers...
- Le mode de vie : les facteurs de risques et l'hygiène de vie, notamment tabac, drogue, alcool, pollution, alimentation, sédentarité, sport....
- La nutrition : régimes, comportement alimentaire, obésité, diététique pour les enfants, les adolescents et les adultes...
- Les adresses utiles : associations de patients, centres de consultations et de dépistage, centres spécialisés en thermalisme, rééducation, désintoxication, anti-poison, anti-tabac, anti-douleur....
- Les nouvelles techniques médicales : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, maladies génétiques et chroniques, médecines douces, traitements de la stérilité, transplantations et greffes, chirurgie esthétique, opération de la myopie, défibrillateur cardiaque implantable...
- Les examens paramédicaux : nature des divers examens et analyses (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographie...) et préparation,
- Les démarches administratives : aide au maintien à domicile des personnes âgées et prise en charge de la dépendance, aides financières en cas d'hospitalisation, protection sociale, structures d'accueil médicalisées.

Ces informations sont communiquées par une équipe spécialisée. Cette équipe s'engage à respecter les règles de déontologie et de confidentialité médicale. Elle ne fait ni diagnostic individualisé, ni recommandation de prescription médicale.

II - Les services en optique, dentaire et audioprothèse

Le service Optique, dentaire et audioprothèse met à la disposition des bénéficiaires la compétence de spécialistes (opticiens, chirurgiens-dentistes, conseillers santé), afin de les aider à mieux analyser l'offre qui leur est faite au moment de l'achat de lunettes correctrices ou de la réalisation de prothèses dentaires ou auditives.

Les bénéficiaires ont accès aux services suivants :

1. Informations à caractère général

Le service communique des informations à caractère général sur les prothèses dentaires, sur les verres et les lentilles optiques, leurs traitements, les techniques utilisées dans le secteur, les audioprothèses. Cette mission d'information s'inscrit dans une démarche de prévention pour le domaine dentaire, mais également optique.

W
AH
CB
SA
PIB

2. Etudes de devis

La mission du service consiste à analyser des devis préalablement remplis par les praticiens afin de déterminer de manière objective, à partir de bases de données tarifaires et selon les caractéristiques techniques, si les prix demandés sont conformes à la moyenne des prix pratiqués dans la zone géographique du bénéficiaire.

En optique et auditif, les experts, avec l'accord de l'adhérent, proposent une aide à la négociation afin de s'accorder sur les tarifs de la prestation (par téléphone et/ou par courrier).

3. Accès à un réseau de professionnels de santé partenaires (optique, dentaire, audioprothèse)

Itelis a signé en France métropolitaine des accords de partenariat avec des professionnels de santé qui se sont engagés à :

- proposer en priorité une offre adaptée au besoin médical du bénéficiaire, et à des tarifs négociés,
- respecter des normes de qualité et de service clients,

En se rendant chez les partenaires, vos salariés bénéficient des engagements suivants :

des tarifs négociés,
un devis clairement défini et chiffré,
et des services complémentaires :

... Chez les opticiens partenaires

- le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat,
- l'accueil, les conseils et les compétences techniques de professionnels diplômés d'Etat,
- un large choix de montures de toutes matières et de toutes formes, des verres aux normes CE provenant des meilleurs fabricants,
- le contrat adaptation « verres progressifs », le contrat lentilles avec garantie d'adaptation,
- les opérations gratuites d'entretien courant,
- la garantie casse pendant deux ans sans franchise.

... Chez les chirurgiens-dentistes partenaires

- le tiers payant à hauteur de la garantie, pour les prothèses dentaires,
- une qualité d'accueil, d'écoute et de conseils, notamment en matière de prévention bucco-dentaire,
- un confort maximum lors des séances de soins, ainsi que le respect des règles d'hygiène et de sécurité.

... Dans les points de vente d'audioprothèses

- Des tarifs négociés sur les prothèses auditives, les packs piles et sur les produits para-audio
- Un accès à un tarif préférentiel sur les produits distributeur (MDD)
- Une extension de garanties à 4 ans, perte, vol, casse, sur une gamme d'appareils

Pour connaître les partenaires les plus proches, vos salariés utilisent l'outil de géo localisation mis à disposition sur le site du gestionnaire santé ou appellent leur gestionnaire santé au numéro figurant sur leur attestation de tiers payant santé.

Pour bénéficier chez un partenaire des accords négociés, vos salariés doivent présenter leur attestation de tiers payant santé.

En optique et dentaire, une prise en charge sera fournie aux professionnels de santé membres du réseau d'Itelis sous 48 H après réception des devis.

LD
W
Am
CB
SA
PB

Annexe VII – TELECONSULTATION

Préambule

La « téléconsultation » est une garantie de consultation médicale à distance dont la mise en œuvre est confiée à AXA Assistance (6 rue André Gide - 92320 Châtillon, - 311 338 339 RCS Nanterre).

Cette activité d'AXA Assistance est officiellement enregistrée, conformément au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, et s'exerce sur la base d'un contrat conclu avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) compétente. Le non-renouvellement par l'ARS de ce contrat constituerait un cas de force majeure entraînant la cessation de la garantie Téléconsultation sans préavis et sans que l'ensemble des autres dispositions du contrat soient modifiées.

Article 1 : Définitions

Equipe Médicale ou Equipe de Médecins : Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salariés d'AXA Assistance

Médecin : Médecin généraliste

Téléconsultation : consultation médicale par téléphone

Article 2 : Objet

La présente annexe a pour objet de définir les conditions et modalités de mise en œuvre de la téléconsultation pour les bénéficiaires du contrat d'adhésion.

La téléconsultation est accessible par le biais de la plateforme téléphonique d'AXA Assistance composée d'Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE) et de Médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins. Les IDE et les Médecins sont soumis au secret médical.

Article 3 : Mise en œuvre de la garantie

AXA assistance répond 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, aux appels téléphoniques qu'elle réceptionne.

Les réponses apportées, fonction du besoin du participant ou de celui de son bénéficiaire, peuvent être de trois types :

- Téléconsultation
- Information générale de santé
- Orientation

Téléconsultation

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant et en dehors de toute urgence, le participant peut contacter les services d'AXA Assistance, afin de bénéficier d'une téléconsultation. L'équipe de Médecins est joignable 24h/24 et 7j/7 pour lui délivrer une téléconsultation dans le respect des dispositions légales concernant le secret médical.

Un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) réceptionnera son appel. Après l'avoir informé des modalités de fourniture de la téléconsultation et avoir recueilli son consentement, l'IDE enregistrera sa demande et le mettra en relation avec un Médecin d'AXA Assistance qui procèdera à la téléconsultation.

CB
SA
PB

A l'issue de la téléconsultation, le Médecin d'AXA Assistance lui apportera une réponse médicale adaptée à sa situation pathologique. Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

- Conseil
- Orientation vers son médecin traitant
- Orientation vers un des seuls spécialistes suivants, dans le respect du parcours de soins :
 - un gynécologue,
 - un ophtalmologue,
 - un psychiatre ou un neuropsychiatre s'il a entre 16 et 25 ans,
 - un stomatologue,
- Prescription écrite médicamenteuse
- Prescription écrite d'examen complémentaires

Le Médecin d'AXA Assistance est seul décisionnaire de la suite à donner à l'issue de la Téléconsultation. Dans le cas où l'Equipe Médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, le participant sera réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

Suite à la téléconsultation et avec son autorisation, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant, si le Médecin d'AXA Assistance estime qu'il y a un intérêt médical à cette transmission.

Attention : Dans certains cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic. Le cas échéant, le médecin d'AXA Assistance le réorientera vers son médecin traitant.

La téléconsultation telle que décrite ci-dessus fonctionne à l'identique pour chacun de ses bénéficiaires.

Il est cependant précisé que lorsqu'il s'agit d'une téléconsultation pour un enfant mineur ou pour un majeur sous tutelle bénéficiaire du contrat, l'appel doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

Information

A la demande du participant ou celle de son bénéficiaire, l'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut communiquer des informations, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Elle donne tout renseignement d'ordre général.

L'intervention de l'Equipe Médicale d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet de la Téléconsultation n'est en aucun cas de favoriser une automédication.

Orientation

A la demande du participant ou celle de son bénéficiaire, l'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut l'aider à exercer son libre choix en lui conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé, dans le respect du parcours de soins.

Article 4 : Responsabilité

Responsabilité d'AXA Assistance

Les obligations souscrites par AXA Assistance pour la mise en œuvre de la téléconsultation aux termes des présentes conditions sont constitutives d'obligations de moyens.

Dans ce cadre, AXA Assistance ne saurait notamment être tenu pour responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques,
- de modifications de la situation du bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation,
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

Responsabilité du bénéficiaire

Le bénéficiaire est responsable de l'exactitude et de l'actualisation des renseignements demandés lors de la Téléconsultation pour permettre à AXA Assistance d'assurer dans de bonnes conditions ses engagements.

40
W

AN

CB
JA
01/13

Article 5 : Informatiques et Libertés

Conformément à l'article 32 de la loi 78-17 du 6 Janvier 1978, AXA Assistance informe le participant en leur qualité de responsable de traitement que :

- les réponses aux questions qui lui sont posées lors de son appel par leur Equipe Médicale, après obtention de son accord pour la collecte de ses données de santé, sont nécessaires au traitement de son dossier.
- la finalité du traitement est la téléconsultation.
- les destinataires des données le concernant sont les Médecins et IDE d'AXA Assistance, les pharmacies, et avec son accord le médecin traitant et l'hébergeur de données de santé agréé.

Il dispose, conformément à la réglementation en vigueur d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression aux informations le concernant.

Il peut s'adresser par courrier à :

AXA Assistance France
Service Juridique
6 rue André Gide – 92320 Châtillon

Article 6 : Réclamation et Différends

Traitement des réclamations

AXA Assistance veille à lui offrir un service de qualité. Si, après avoir contacté AXA Assistance par téléphone, une incompréhension subsiste, il peut écrire à la Direction Médicale d'AXA Assistance sous pli confidentiel au 6 rue André Gide – 92320 Châtillon. Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin : une réponse lui sera alors adressée dans les meilleurs délais.

Différends

Tous les litiges auxquels la présente annexe pourrait donner lieu, concernant tant sa validité, son interprétation, son exécution, ses conséquences et leurs suites seront soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun.

Article 7 : Exclusions

Sont exclus de la téléconsultation :

- les téléconsultations lorsque l'Equipe Médicale d'AXA Assistance identifie une urgence médicale,
- les demandes de téléconsultations avec un médecin autre qu'un Médecin généraliste,
- les prescriptions pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques,
- les prescriptions d'arrêt de travail,
- les certificats médicaux.

✓
W
AN
CB
SA
HB