

VAUBAN HUMANIS PREVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale

Membre du GNP

NOTICE D'INFORMATION A L'USAGE DE L'ENSEMBLE DU PERSONNEL DE COMPASS GROUP FRANCE AFFILIE AU CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE DE FRAIS DE SANTE

N° 847027/00/CRG/S - 847027/00/NCRG/S

847027/00/CRL/S - 847027/00/NCRL/S



SOMMAIRE

	Page
I – DISPOSITIONS COMMUNES	
Article 1. Objet	3
Article 2. Salariés assurés	3
Article 3. Ayants droit	4
Article 4. Cotisation	5
Article 5. Redressement et liquidation judiciaire	5
Article 6. Délai de prescription	6
Article 7. Fausse déclaration	6
Article 8. Principe indemnitaire	6
Article 9. Subrogation	6
Article 10. Contrôle	6
Article 11. Organisme de contrôle	6
Article 12. Informatique et libertés	6
Article 13. Territorialité	6
Article 14. Médiation	6
Article 15. Action sociale	7
II – DESCRIPTION DES GARANTIES	
Article 16. Présentation du régime de frais de soins de santé	7
Article 17. Régime Frais de soins de santé	7
Article 18. Prestations Frais de soins de santé – Maternité	8
Article 19. Allocation obsèques	9
Article 20. Respect de l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale	10
III – TABLEAUX DES GARANTIES	11

**NOTICE D'INFORMATION A L'USAGE DE L'ENSEMBLE DU PERSONNEL
DE COMPASS GROUP FRANCE AFFILIE AU CONTRAT
COLLECTIF OBLIGATOIRE DE FRAIS DE SANTE**
N° 847027/00/CRG/S - 847027/00/NCRG/S - 847027/00/CRL/S - 847027/00/NCRL/S

La présente notice contient 3 parties :

- I Dispositions communes
- II Description des garanties
- III Tableaux des garanties

I. DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 : Objet de la présente notice

La présente notice a pour objet de décrire les garanties du contrat frais de soins de santé souscrit au 1^{er} janvier 2011 par l'Adhérente auprès de **VAUBAN HUMANIS PREVOYANCE**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale (siège social 18, avenue Léon Gaumont 75020 PARIS).

Les sociétés de l'Adhérente figurant au contrat d'adhésion bénéficient également des présentes dispositions.

Ce régime de frais de soins de santé est défini par les statuts de l'Assureur et le contrat d'adhésion conclu entre l'Assureur et l'Adhérente.

La présente notice définit les garanties assurées par **VAUBAN HUMANIS PREVOYANCE**, leurs modalités d'entrée en vigueur et les formalités à remplir en cas de sinistre.

Le contrat a été présenté par le **CABINET JP COLONNA SAS**, situé 51 Avenue Hoche, 75008 PARIS CEDEX, immatriculé à l'ORIAS sous le numéro 07 022 402.

La gestion du contrat, pour les cotisations et les prestations, est déléguée à **CGAM**, situé 5 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 41200 ROMORANTIN-LANTHENAY, ci-après dénommé le Gestionnaire.

Article 2 : Salariés assurés

Les garanties prévues par les présentes dispositions sont accordées à l'ensemble du personnel, cadre et non cadre de l'Adhérente, sous contrat de travail et affilié à la Sécurité sociale française.

Les assurés bénéficient des garanties souscrites à compter du 1^{er} janvier 2011 ou à compter de leur date d'entrée dans le groupe assuré si elle est postérieure.

Article 2.1 Affiliation des salariés

L'affiliation à l'**OPTION 0** est obligatoire pour l'assuré qui est le seul garanti et ne peut y affilier ses ayants droit.

L'affiliation des salariés aux **OPTIONS 1, 2, 3 et 4** est facultative. Les conditions et modalités d'affiliation à ces options sont définies dans l'article 16.2.

L'affiliation du salarié s'effectue par l'envoi au Gestionnaire du bulletin individuel d'affiliation dûment rempli.

Article 2.2 Fin de l'affiliation

L'affiliation de l'assuré prend fin au dernier jour du mois où se produit l'un des événements suivants :

- En cas de résiliation du contrat ;
- En cas suspension du contrat de travail (hors maintien de couverture, cf. article 2.3) ;
- Le jour où il ne remplit plus les critères d'affiliation au régime, notamment en cas de rupture du contrat de travail ;
- Le jour de son décès.

Les garanties cessent avec l'affiliation.

Article 2.3 Maintiens de la couverture

A. Suspension du contrat de travail

La couverture est maintenue au profit des assurés dont le contrat de travail est suspendu et bénéficiant d'un maintien partiel ou total de la rémunération par l'Adhérente ou par un tiers payeur agissant pour son compte.

Les autres cas de suspension de contrat de travail ne donnent pas lieu à maintien de la couverture au titre du présent contrat, à l'exception des assurés en congé parental d'éducation qui peuvent continuer à bénéficier du présent régime. La demande doit être formulée par les intéressés auprès de l'Assureur au plus tard à la fin du mois civil suivant la suspension du contrat de travail. Le maintien de la couverture prenant effet au jour de la suspension.

L'assuré est couvert par l'OPTION dont il bénéficiait la veille de la suspension de son contrat de travail. Il pourra changer d'option dans les conditions décrites à l'article 16.2.

Les garanties et la cotisation sont identiques à celles en vigueur pour le personnel actif.

B. Loi Evin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89.1009 du 31 décembre 1989, dite Loi Evin, les salariés ayant quitté l'Adhérente qui bénéficient de prestations « en espèces » de la Sécurité sociale au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, peuvent, sans délai de carence et sans questionnaire médical, bénéficier d'une couverture de niveau équivalent à celle dont ils bénéficiaient chez l'adhérente sans condition de durée.

La demande d'adhésion individuelle doit être formulée avant la date de rupture du contrat de travail ou, au plus tard, dans les six mois suivants.

Pour les anciens salariés ayant bénéficié des dispositions de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) visé à l'article ci-dessous, la demande d'adhésion telle que visée ci-dessus pourra être mise en oeuvre, sur demande de l'ancien salarié, à l'issue de ce dispositif.

Les ayants droit de l'assuré décédé peuvent également continuer à bénéficier, à titre individuel, d'une couverture de niveau équivalent à celle dont ils bénéficiaient par l'intermédiaire de l'assuré décédé, sans délai de carence et sans questionnaire médical, pour une durée de douze mois à compter du décès, à condition d'en faire la demande dans les six mois suivant le décès de l'assuré.

C. Portabilité des droits santé

1. Principe

Sauf s'il a été licencié pour faute lourde, l'assuré dont le contrat de travail est rompu ou prend fin et qui bénéficie du versement d'allocations par le régime obligatoire d'assurance chômage peut demander à rester affilié au régime de frais de soins de santé dont il bénéficiait dans le cadre de son dernier contrat de travail.

Ce maintien de garanties s'effectue dans le cadre et dans les conditions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 modifié par avenant en date du 18 mai 2009.

2. Date d'effet et durée maximale

Ce maintien prend effet au lendemain de la fin de l'affiliation de l'assuré en qualité de salarié de l'Adhérente, sauf si l'ancien salarié en exprime expressément le refus par écrit auprès de l'Adhérente dans les 10 jours qui suivent cet événement. Le refus de l'ancien salarié porte obligatoirement sur l'ensemble des garanties « santé » et « prévoyance » dont il bénéficiait dans le cadre de son dernier contrat de travail, même si elles étaient souscrites auprès d'organismes assureurs différents.

En l'absence de refus de la part de l'assuré dans le délai de 10 jours, l'Adhérente doit retourner à l'Assureur le bulletin individuel d'affiliation dédié à ce dispositif.

Le maintien a lieu pour une durée qui correspond à celle du dernier contrat de travail de l'assuré calculée en mois entiers, de date à date, sans pouvoir excéder neuf mois.

Exemples de durée de portabilité des garanties :

- contrat de travail ayant eu une durée de 15 jours : pas de portabilité,
- contrat de travail ayant eu une durée de 2,5 mois : 2 mois de portabilité,
- contrat de travail ayant eu une durée de 36 mois : 9 mois de portabilité.

3. Garanties

Les garanties maintenues sont celles en vigueur au sein de l'Adhérente, pendant la période de portabilité, pour la catégorie de personnel à laquelle appartenait l'assuré avant la rupture ou la fin de son contrat de travail.

Si l'ancien salarié avait souscrit une OPTION 1, 2, 3 ou 4, le bénéfice de l'OPTION est maintenu pendant la période de portabilité des droits, l'ancien salarié ne pouvant en changer.

Les garanties obéissent aux règles de fonctionnement prévues dans la présente notice.

4. Cotisations

Le paiement de la cotisation fait l'objet d'un cofinancement entre l'Adhérente et l'ancien salarié.

La cotisation afférante à ce maintien de garanties est identique à celle qui est vigueur au sein de l'Adhérente pour les garanties dont bénéficie l'assuré.

La répartition du financement de la cotisation entre l'Adhérente et l'assuré est identique à celle en vigueur au sein de l'entreprise pour les garanties dont bénéficie l'assuré.

5. Fin de la portabilité des droits

Le maintien des garanties prend fin :

- le lendemain du jour d'échéance de la cotisation si l'assuré ne s'est pas acquitté de celle-ci,
- au jour où l'assuré ne bénéficie plus des allocations chômage, notamment s'il trouve un emploi,
- en cas de résiliation du contrat d'assurance,
- en tout état de cause au terme de la période de droit à portabilité telle que définie ci-dessus.

Article 3 : Avants droit de l'assuré

Article 3.1 Définition

En plus de l'assuré salarié tel que défini ci-dessus, peuvent être amenées à bénéficier des garanties du contrat les personnes suivantes :

- son conjoint 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 partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) 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...) sous réserve d'une attestation de PACS datée de moins de trois mois et délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance ;
- en l'absence de conjoint ou de partenaire lié par un PACS, son concubin à charge au sens de la Sécurité sociale ou, sous réserve de la présentation d'un justificatif de la situation de concubinage, 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 ou s'ils sont rattachés fiscalement au foyer, ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin :
 - o âgés de moins de 21 ans à charge au sens de la Sécurité sociale,
 - o âgés de moins de 26 ans à charge au sens de la législation fiscale, à savoir :
 - les enfants pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - les enfants de l'assuré auxquels ce dernier sert une pension alimentaire retenue sur son avis d'imposition à titre d'enfant à charge déductible du revenu global ;
 - o quel que soit leur âge et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est à dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) à charge au sens de la législation fiscale définie ci-après :
 - pris en compte dans le calcul du quotient familial,
 - ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - bénéficiaires d'une pension alimentaire que l'assuré est autorisé à déduire de son revenu imposable.
- toute personne à charge de l'assuré au sens des assurances sociales.

Article 3.2 Affiliation

Peuvent être affiliés auprès de l'Assureur, sous réserve du paiement d'une cotisation supplémentaire « famille », les ayants droit tels que définis à l'article 3.1 et inscrits par l'assuré sur son bulletin individuel d'affiliation, accompagné des justificatifs de leur qualité d'ayant droit.

A tout moment, le gestionnaire peut demander à l'assuré de lui adresser des justificatifs attestant de la qualité d'ayant droit des bénéficiaires couverts.

Article 3.3 Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation des ayants droit prend effet le même jour que celle de l'assuré à une des options 1, 2, 3 ou 4, si elle intervient conjointement.

Postérieurement, l'affiliation de nouveaux ayants droit prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Il est rappelé qu'une seule personne peut être affiliée en qualité de conjoint, partenaire ou concubin.

Article 3.4 Fin de l'affiliation

L'affiliation des ayants droit au contrat prend fin :

- automatiquement au jour où l'affiliation de l'assuré prend fin ;
- sur demande, l'affiliation prend alors fin après un préavis de 2 mois qui suit la réception de cette information ;
- le dernier jour du mois pendant lequel la personne couverte perd sa qualité d'ayant droit ;
- en cas de résiliation du contrat.

Attention, la non-notification dans les délais les plus brefs d'un événement entraînant la perte de la qualité d'ayant droit est constitutive d'une fausse déclaration.

Article 4 : Cotisation

Si les engagements de l'Assureur sont modifiés en raison de l'évolution de la législation ou de la réglementation applicable en matière de Sécurité sociale ou aux institutions de prévoyance, les montants de cotisations seront modifiés.

Article 4.1 Montant et indexation

Le montant des cotisations et leurs conditions d'indexation sont définis au contrat d'adhésion.

Article 4.2 Structure

Le montant des cotisations varie selon la situation familiale de l'assuré :

- Cotisation Isolé (couverture de l'assuré seul)
- Cotisation Famille (couverture de l'assuré et de ses ayants droit)

Article 4.3 Exonération

Lorsqu'un assuré est en arrêt de travail pour maladie, accident ou maternité, les cotisations relatives à celui-ci cessent d'être dues à l'expiration de la période de maintien de salaire par l'employeur (obligation conventionnelle) et au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu et ce tant que dure l'arrêt de travail.

Article 4.4 Modalités de paiement

La cotisation est prélevée mensuellement à terme échu par l'employeur sur le bulletin de paie de l'assuré.

Article 4.5 Non Paiement de la cotisation

En cas de non paiement des cotisations par l'Adhérente auprès de l'Assureur, ce dernier pourra résilier le contrat d'adhésion selon les dispositions légales en vigueur.

Article 5 : Redressement judiciaire ou liquidation judiciaire

En cas de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire de l'Adhérente, l'Assureur pourra résilier le contrat dans les trois mois suivant la date du jugement de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire. Les assurés pourront adhérer à titre individuel auprès de l'Assureur ou dans une des mutuelles régies par le code de la mutualité appartenant au même Groupement d'Intérêts Economique que l'Assureur sans période de stage sous réserve que leur bulletin d'adhésion parvienne à l'Assureur dans les 6 mois qui suivent la résiliation de l'adhésion de l'Adhérente.

Article 6 : Délai de prescription

Toute action dérivant du contrat est prescrite 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'Assureur en a connaissance ;
- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Article 7 : Fausse déclaration

Toute fausse déclaration de la part de l'assuré ou d'un de ses éventuels ayants droit quant à la réalité et/ou à l'étendue du sinistre entraîne la nullité de la garantie. Les cotisations payées à ce titre restent acquises à l'Assureur.

Article 8 : Principe indemnitaire

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du règlement ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 9 : Subrogation

L'Assureur est subrogé de plein droit à l'assuré ou à un de ses ayants droit victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'Assureur a exposées.

Article 10 : Contrôle

L'Assureur se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout autre professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéfice de prestations au titre du présent contrat. En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de l'Assureur. La charge des vacations et honoraires du médecin chargé du contrôle est supportée par l'Assureur.

Avant ou après le paiement des prestations, l'Assureur, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

Article 11 : Organisme de contrôle

Le contrat d'adhésion est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel, située au 61 rue Taitbout 75009 Paris.

Article 12 : Informatique et libertés

L'article 27 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux informations données en réponse aux questions nécessaires à la conclusion du contrat d'adhésion.

L'assuré et ses ayants droit autorisent l'Assureur à communiquer ces informations à tout organisme appelé à connaître le contrat d'adhésion en raison de sa gestion ou de son exécution.

L'assuré et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès et de rectification auprès de l'Assureur.

Article 13 : Territorialité

Les soins couverts par les garanties de l'Assureur doivent avoir été effectués en France. Les cotisations et les prestations sont versées en euros. Les prestations sont payables uniquement sur des comptes bancaires ouverts en France.

Pour les actes effectués à l'étranger, ne seront indemnisés par l'Assureur que les sinistres ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime français d'assurance maladie obligatoire de l'assuré ou de ses ayants droit. Les remboursements seront effectués sur la base des tarifs français (notamment ceux résultant de la nomenclature des actes médicaux) pour le type d'actes ou de soins dont a bénéficié l'assuré ou un de ses ayants droit.

En aucun cas, l'assuré ou ses ayants droit ne pourront demander une indemnisation ou des remboursements sur la base des tarifs appliqués dans le pays où ils ont bénéficié des soins.

Pour bénéficier des prestations de l'Assureur, l'assuré devra lui faire parvenir la facture acquittée et le décompte du régime français de Sécurité sociale afférent à ces soins.

Pour les actes effectués à l'étranger et non pris en charge par le régime français d'assurance maladie obligatoire de l'assuré, l'Assureur ne prendra en compte que les actes qu'il aurait indemnisés malgré l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale si ces soins avaient eu lieu en France. Ce remboursement se fait uniquement sur la base des tarifs français.

Article 14 : Médiation

Chaque assuré peut adresser par courrier toute question relative à son contrat au siège de l'Assureur.

En cas de litige entre l'Assureur et un assuré ou les ayants droit de ce dernier, les parties peuvent saisir gratuitement le médiateur du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance, 10 Rue Cambacérès, 75008 PARIS) après épuisement des voies de recours internes de l'Assureur. L'Assureur informe le demandeur de cette possibilité et communique les coordonnées du médiateur.

L'Assureur ne peut saisir le médiateur qu'avec l'accord de la personne avec qui il est en litige.

La médiation obéit aux règles de la charte de médiation du CTIP qui est envoyée sur simple demande adressée à l'Assureur.

Un même assuré ou les mêmes ayants droit ne peuvent saisir le médiateur plus de deux fois par année civile.

Les décisions des commissions d'action sociale ne peuvent faire l'objet d'un recours devant le médiateur.

Article 15 : Action sociale

Les assurés et leurs ayants droit peuvent bénéficier de l'action sociale mise en place par l'Assureur. Toute information se rapportant à l'action sociale sera communiquée aux assurés et aux bénéficiaires sur simple demande à l'Assureur.

II. DESCRIPTION DES GARANTIES

Article 16 : Présentation du régime de frais de soins de santé

Article 16.1 Régime à options

Le contrat prévoit 5 OPTIONS alternatives de couverture :

- OPTION 0 :
 - l'affiliation est obligatoire **pour l'assuré** qui est le seul garanti et ne peut y affilier ses ayants droit ;
 - l'assuré **ne bénéficie pas du tiers-payant ni de la télétransmission NOEMIE**.
- OPTIONS 1, 2, 3 et 4 :
 - l'affiliation est facultative pour l'assuré qui peut y affilier ses ayants droit ;
 - l'assuré supporte l'intégralité du surcoût de la cotisation ;
 - les garanties sont exprimées sous déduction des garanties de l'OPTION 0.

Article 16.2 Choix de l'option

Les salariés nouvellement embauchés peuvent adhérer à l'option de leur choix.

Les ayants droit du salarié, s'ils sont affiliés au contrat, bénéficient obligatoirement de la même option que le salarié.

Le choix de l'option lors de l'affiliation du salarié s'effectue comme évoqué dans l'article 2.1 par envoi du bulletin individuel d'affiliation au Gestionnaire, tout changement d'option devant intervenir également par l'intermédiaire du Gestionnaire.

A. Passage à une option supérieure

La demande peut être formulée par écrit à tout moment par l'assuré. La modification prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la demande.

B. Retour à une option inférieure

Le retour à une option inférieure n'est autorisé qu'en cas de changement de situation familiale (mariage, divorce, naissance, sortie d'un enfant à charge, décès d'un ayant droit...) ou perte d'emploi justifiée du conjoint, partenaire ou concubin.

La modification prenant effet au 1^{er} jour du mois suivant.

En tout état de cause, une fois la modification effectuée, l'assuré ne peut plus changer d'option pendant un délai de 2 ans, sauf en cas de changement de situation familiale ou de perte d'emploi justifiée du conjoint, partenaire ou concubin.

Article 17 : Régime Frais de soins de santé

Article 17.1 Garanties

Les garanties qui découlent de la présente notice ont pour objet de garantir à titre principal aux assurés et à leurs ayants droit affiliés des remboursements complémentaires à ceux de leur régime obligatoire d'assurance maladie et de les indemniser de différents frais occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité. Elles prévoient également à titre accessoire une prestation allocation décès.

Les garanties sont déterminées au contrat d'adhésion et peuvent être revues par voie d'avenant. L'Adhérente doit informer immédiatement, par la remise d'un écrit, les assurés des modifications apportées.

Article 17.2 Conditions d'attribution des garanties

A. Nature du risque

Peuvent donner lieu à prestations les dépenses engagées par un assuré ou un ayant droit pour les actes ayant fait l'objet d'une prescription médicale en raison d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité et ayant, sauf mention expresse dans les tableaux descriptifs des garanties, fait l'objet d'un remboursement par le régime d'assurance maladie obligatoire dont relève l'assuré ou ses ayants droit.

Il est à noter que lorsqu'un assuré ou un ayant droit est atteint d'une affection ou victime d'un accident susceptible d'être indemnisé, soit au titre de la législation sur les accidents de travail ou les maladies professionnelles, soit selon les règles du droit commun par un tiers responsable, l'Assureur n'intervient que dans la mesure où les indemnités que l'assuré ou l'ayant droit aura perçues en réparation du dommage matériel subi, ne font pas double emploi avec celles versées par lui.

B. Date de survenance

La date d'ouverture du droit aux prestations correspond à la date de soins indiquée sur les bordereaux de la Sécurité sociale ou sur la facture détaillée acquittée en cas de refus de prise en charge par celle-ci. Pour les prothèses dentaires non remboursables par le régime de base, c'est la date de pose par le praticien de la prothèse qui est retenue.

Pour l'allocation maternité ou adoption, la date d'ouverture du droit aux prestations correspond à la date de naissance ou de transposition du jugement d'adoption plénière de l'enfant de l'assuré.

Article 18 : Prestations Frais de soins de santé - Maternité

Article 18.1 Remboursements

Pour que le remboursement des frais médicaux engagés soit pris en charge par l'Assureur, l'assuré doit adresser au Gestionnaire dès que possible :

- les **décomptes** originaux de remboursement de la Sécurité sociale (sauf si l'assuré a opté pour la télétransmission NOEMIE).
- le cas échéant, le décompte original d'une autre mutuelle ayant déjà procédé à un remboursement partiel.
- **en cas d'hospitalisation :**
 - la facture acquittée de l'établissement hospitalier mentionnant les frais engagés, la participation de la Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, la codification de l'acte opératoire ;
 - le reçu du ticket modérateur indiquant la nature des soins et la participation de la Sécurité sociale.
- **pour l'orthodontie :**
 - la facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et de fin de semestre ;
 - la notification éventuelle de refus de prise en charge de la Sécurité sociale et éventuellement celle relative à un traitement de contention.
- **pour les prothèses dentaires :**
 - l'original de la facture détaillée et acquittée des frais engagés précisant la codification en lettres-clé des travaux effectués.
- **pour l'optique :**
 - la facture de l'opticien indiquant les frais réellement engagés pour les verres et la monture (facturés distinctement) ;
 - pour les lentilles de contact correctrices, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que la prescription médicale datant de moins de deux ans.
- **pour la cure thermale :**
 - la (les) facture(s) détaillée(s) avec les frais d'hébergement, de transport, de soins et d'honoraires des médecins.
- **pour les prestations non prises en charge de la Sécurité sociale :**
 - la facture délivrée par le professionnel de santé (lentilles correctrices, ostéopathie, chiropractie...).
- **pour l'allocation naissance ou adoption :**
 - un extrait d'acte de naissance de l'enfant. Pour la garantie adoption, une copie certifiée conforme du jugement d'adoption plénière rendu par une juridiction française. Lorsque l'adoption est réalisée à l'étranger, la prestation ne peut être payée qu'après que l'assuré ait adressé à l'Assureur une copie certifiée conforme de la transcription de la décision d'adoption plénière sur les registres d'état civil français.
- **pour l'allocation obsèques :**
 - les pièces nécessaires au règlement de la prestation sont définies à l'article 19-4
- tout document complémentaire nécessaire au Gestionnaire pour régler la prestation.

Pour les ayants droit non rattachés à une Caisse primaire d'assurance maladie (régime de Sécurité sociale des étudiants, fonctionnaires...), il leur appartient de se faire rembourser dans un premier temps par leur organisme de rattachement et dans un second de faire parvenir au Gestionnaire les décomptes originaux, accompagnés éventuellement des factures acquittées des frais réels, pour être remboursés de la part complémentaire.

Article 18.2 Délai de transmission des documents

Les documents évoqués à l'article précédent doivent être adressés au Gestionnaire dans les 2 ans :

- A compter de la date des soins ;
- Qui suivent la naissance ou la transcription du jugement d'adoption d'un enfant.

À défaut, l'intéressé peut se voir opposer la prescription prévue à l'article 6 de la présente notice.

Article 18.3 Frais garantis en cas d'hospitalisation

Pour que l'Assureur prenne en charge les frais résultant d'une hospitalisation, il faut que la Sécurité sociale ait accordé sa prise en charge. Dans ce cas, sont pris en charge dans les limites exprimées dans le tableau des garanties ci-après :

- Le ticket modérateur afférent aux actes médicaux dispensés à l'affilié, aux frais de séjour et à la salle d'opération ;
- Le forfait journalier ;
- Le supplément pour chambre particulière dans la limite du tarif le plus bas pratiqué par l'établissement ;
- Les dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste dans les limites prévues par le tableau descriptif des garanties ;
- Les frais d'accompagnant pour l'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans.

Sont exclus :

- **Les frais annexes ne se rapportant pas directement au traitement médical de l'assuré tels que les dépenses pour confort personnel, de téléphone, de télévision... ;**
- **L'hospitalisation pour rééducation professionnelle ;**
- **Les frais dus au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices ;**
- **Les séjours en maison de convalescence, de diététique, non pris en charge par la Sécurité sociale ;**
- **Toute hospitalisation en vue d'un acte de chirurgie esthétique non pris en charge par la Sécurité sociale ;**
- **Les hospitalisations antérieures à la date d'adhésion.**

Article 18.4 Frais exclus de la garantie frais de soins de santé

Ne sont pas garantis :

- Les soins antérieurs à la date d'adhésion,
- Les frais non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf exceptions expressément mentionnées dans les tableaux descriptifs des garanties ;
- Les dépassements d'honoraires ou de tarifs effectués en violation des conventions conclues entre le régime obligatoire d'assurance maladie de l'assuré et les professionnels de santé. Dans ce cas, l'Assureur limite son remboursement, en fonction de l'étendue de la garantie souscrite par l'assuré, aux tarifs conventionnels ou aux dépassements qu'il prend en charge ;
- La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale ;
- Les actes hors nomenclature Sécurité sociale ou classification commune des actes médicaux ; sauf exceptions expressément mentionnées dans le tableau des garanties ;
- La participation forfaitaire, prévue à l'article L322-2 II du code de la Sécurité sociale, acquittée par l'assuré ou ses ayants droit pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation, ainsi que pour tout acte de biologie médicale ;
- La majoration du ticket modérateur appliquée à l'assuré et/ou à ses ayants droit qui n'ont pas choisi de médecin traitant, tel que défini à l'article L162-5-3 du code de la Sécurité sociale, ou qui ont consulté un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant ;
- La prise en charge des dépassements d'honoraires sanctionnant le non-respect du parcours de soins (article L162-5 18° du code de la Sécurité sociale). Une franchise égale au montant maximal de ce dépassement sanction, dans la limite du dépassement réellement appliqué par le professionnel de santé, sera donc appliquée sur la prestation versée par l'Assureur ;
- La prise en charge des actes ou prestations pour lesquels l'assuré et/ou à ses ayants droit n'ont pas accordé l'autorisation au professionnel de santé de consulter leur dossier médical personnalisé.
- Le remboursement des franchises annuelles prévues au III de l'article L322-2 du code de la Sécurité sociale.

NOTA : L'omission ou l'utilisation intentionnelle de documents ou renseignements inexacts, notamment l'exagération frauduleuse du montant des frais médicaux, entraîne la perte du droit à prestation pour les actes correspondants, indépendamment des poursuites judiciaires que l'Assureur pourrait engager.

Article 18.5 Médecine douce

Les actes d'ostéopathie, d'acupuncture et d'homéopathie sont remboursés sous réserve que les praticiens exerçant ces spécialités puissent justifier :

- pour les ostéopathes, d'être titulaire du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession ;
- pour les acupuncteurs, d'être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins ;
- pour les homéopathes, d'être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Article 18.6 Prestation allocation maternité

Cette prestation accessoire à la garantie « frais de soins de santé » souscrite par l'assuré vise à indemniser ce dernier des frais qui résultent d'une naissance ou d'une adoption plénire au sein de son foyer ou l'adoption d'un enfant par celui-ci. Seule la naissance d'un enfant de l'assuré (peu importe que l'assuré soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption plénire, l'enfant doit être adopté par l'assuré.

Article 18.7 Bénéficiaire des prestations frais de soins de santé et maternité

Les prestations sont versées par virement sur le compte de l'assuré. En cas d'utilisation du système dit de « tiers-paiement », le remboursement est effectué directement auprès du professionnel de santé.

Article 19. Allocation obsèques

Article 19.1 Définition

La garantie frais d'obsèques consiste dans le versement d'une indemnité permettant au bénéficiaire de faire face pour tout ou partie aux dépenses liées aux obsèques de l'assuré et/ou de son conjoint, partenaire, concubin et/ou d'un(e) de ses enfants ou personnes à charge ayants droit du contrat.

Cette indemnité ne peut excéder le montant des frais réellement engagés dans le cadre des obsèques.

Article 19.2 Fait génératrice

Le fait génératrice de la prestation est le décès de l'assuré et/ou de son conjoint, partenaire, concubin et/ou d'un(e) de ses enfants ou personnes à charge.

Pour ouvrir droit à prestation le décès doit intervenir pendant la période d'affiliation de l'assuré.

Article 19.3 Bénéficiaire

La prestation est versée à la personne pouvant établir, notamment à l'appui de factures, qu'elle a supporté de manière effective la charge financière des obsèques du défunt.

Article 19.4 Conditions d'attribution

Le bénéficiaire doit adresser au Gestionnaire, dans les 30 jours suivant le décès, une demande de prestation composée des pièces justificatives récapitulées ci-dessous :

- Un extrait d'acte de décès et un extrait d'acte de naissance du décédé avec mention marginale ;
- Une copie du livret de famille du décédé ;
- Une copie du livret de famille du bénéficiaire ;
- Un RIB ou un RIP ;

Le Gestionnaire se réserve le droit de demander toute autre pièce au moment du décès et au cours du règlement des prestations.

Article 19.5 Montant

Le montant de l'allocation obsèques est fixé au Tableau des garanties ci-après

Article 19.6 Modalités de paiement

Les prestations sont versées par virement sur le compte du bénéficiaire.

Article 20. Respect de l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale

Le régime frais de santé répond aux critères qualifiant les contrats de responsables par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

⇒ Dans le respect du parcours de soins :

Le régime prévoit le remboursement des frais occasionnés par le médecin traitant ou le médecin correspondant à hauteur d'un minimum de :

- 30 % du tarif opposable des consultations ;
- 30 % du tarif servant de base au remboursement de la Sécurité sociale pour les médicaments prescrits et pris en charge par cet organisme à hauteur de 65 % ;
- 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations de la Sécurité sociale pour les frais d'analyses ou de laboratoire prescrits.

⇒ En cas de non respect du parcours de soins :

Le régime ne compense pas la réduction par la Sécurité sociale du taux de sa prise en charge et ne rembourse pas les dépassements d'honoraires autorisés, en cas de non respect du parcours de soins, c'est-à-dire dans les cas suivants :

- absence de désignation de médecin traitant,
- consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant,
- refus d'accès au dossier médical.

⇒ Dans tous les cas :

Le régime ne prend pas en charge la participation forfaitaire mise à la charge de l'assuré :

- pour les consultations réalisées par un médecin en ville, en établissement ou en centre de santé (hors hospitalisation) et les actes de biologie médicale.
- pour les médicaments délivrés hors hospitalisation, les actes effectués par un auxiliaire en ville ou en établissement ou centre de santé (hors hospitalisation), les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi à l'exception des transports d'urgence.

Le régime prend en charge, au minimum au niveau du ticket modérateur, la participation des assurés pour **deux des actions de prévention** figurant sur la liste fixée par arrêté ministériel.

III. TABLEAUX DES GARANTIES

ACTES	PRESTATIONS DE L'ASSUREUR				
	-En complément du remboursement de la Sécurité sociale -Dans la limite des frais réels engagés - Les Options 1, 2, 3 et 4 interviennent sous déduction de l'Option 0 obligatoire				
	OPTION 0	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE					
Frais de séjour	TM	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Honoraires chirurgicaux	TM	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	Non garanti	5 % PMSS / jour limité à 30 jours	5 % PMSS / jour	5 % PMSS / jour	5 % PMSS / jour
Forfait journalier hospitalier	18 €/ jour	18 €/ jour	18 €/ jour	18 €/ jour	18 €/ jour
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	Non garanti	3 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour
Garde malade à domicile accepté par la SS	Non garanti	Non garanti	100 % FR limité à 12 jours / an	100 % FR limité à 12 jours / an	100 % FR limité à 20 jours / an
Transport	TM	TM	TM	TM	150 % BR
ACTES MEDICAUX					
Consultations et visites de généralistes	TM	TM	72.5 % BR	95 % BR	135 % BR
Consultations et visites de spécialistes	TM	TM	75 % BR	100 % BR	150 % BR
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux	TM	TM	50 % BR	72.5 % BR	135 % BR
Actes d'imagerie médicale, actes d'échographie	TM	TM	50 % BR	72.5 % BR	135 % BR
Auxiliaires médicaux	TM	TM	50 % BR	72.5 % BR	135 % BR
Analyses	TM	TM	50 % BR	72.5 % BR	135 % BR
Radiologie	TM	TM	50 % BR	72.5 % BR	135 % BR
PHARMACIE					
Acceptée par la SS	TM	TM	TM	TM	TM
PROTHESES NON DENTAIRES					
Orthopédie et autres prothèses	Non garanti	65 % BR	70 % BR	95 % BR	135 % BR
Prothèses auditives	Non garanti	11 % PMSS / an	30 % PMSS / an	30 % PMSS / an	35 % PMSS / an
DENTAIRE					
Soins dentaires	TM	TM	115 % BR	120 % BR	120 % BR
Inlays et onlays	TM	TM	115 % BR	120 % BR	120 % BR
Parodontologie	TM	TM	115 % BR	120 % BR	120 % BR
Implants dentaires	Non garanti	100 €/ an	200 €/an	300 €/an	400 €/an
Prothèses dentaires remboursées ou non par la SS	TM	0.108 % PMSS / SPR	0.166 % PMSS / SPR	0.191 % PMSS / SPR	0.232 % PMSS / SPR
Orthodontie acceptée par la SS	Non garanti	0.083 % PMSS / TO	0.116 % PMSS / TO	0.154 % PMSS / TO	0.232 % PMSS / TO
Orthodontie refusée par la SS si enfant > 16 ans	Non garanti	0.083 % PMSS / TO	0.083 % PMSS / TO	0.083 % PMSS / TO	0.083 % PMSS / TO

OPTIQUE⁽¹⁾						
Verres	TM	6 % PMSS pour verres et/ou monture	Cf. grille optique option 2	Cf. grille optique option 3	Cf. grille optique option 4	
Monture	TM		4 % PMSS	5 % PMSS	6 % PMSS	
Lentilles acceptées par la SS	TM	5 % PMSS / an	6 % PMSS / an	7 % PMSS / an	8 % PMSS / an	
Lentilles refusées par la SS, y compris jetables	Non garanti	4.50 % PMSS / an	6 % PMSS / an	7 % PMSS / an	8 % PMSS / an	
Opération de la myopie et de l'hypermétrie	Non garanti	30 % PMSS / an				
MATERNITE						
Forfait naissance ou adoption	Non garanti	8 % PMSS par enfant déclaré				
Chambre particulière	Non garanti	6 % PMSS / jour limité à 30 jours	6 % PMSS / jour	6 % PMSS / jour	6 % PMSS / jour	
CURE THERMALE Acceptée par la SS						
Frais de traitement et honoraires	TM	8 % PMSS	10 % PMSS	10 % PMSS	10 % PMSS	
Frais de voyage et hébergement	Non garanti					
ACTES DE PREVENTION						
Détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum	TM	TM	TM	TM	TM	
Vaccins acceptés par la SS ⁽²⁾	TM	TM	TM	TM	TM	
MEDECINE DOUCE						
Ostéopathie	Non garanti					
Acupuncture	Non garanti	20 €/ séance limité à 3 séances / an	20 €/ séance limité à 3 séances / an	20 €/ séance limité à 3 séances / an	20 €/ séance limité à 3 séances / an	
Homéopathie	Non garanti					
Consultation d'un diététicien	Non garanti					
Vaccins refusés par la SS	Non garanti	50 €/ an	50 €/ an	50 €/ an	50 €/ an	
ALLOCATION OBSEQUES						
En cas de décès d'un bénéficiaire de la garantie	Non garanti	50 % PMSS	50 % PMSS	50 % PMSS	50 % PMSS	

(1) Remboursement limité à une monture et 2 verres tous les 2 ans (sauf changement de vue justifié par la photocopie de l'ancienne et de la nouvelle ordonnance).

(2) Vaccins du calendrier vaccinal : diphtérie, tétonos, polio, hépatite B, rougeole, oreillons, rubéole, coqueluche, BCG, infections invasives à haemophilus influenzae B.

SS : Sécurité sociale

BR : Base de remboursement

TM : Ticket modérateur

FR : Frais réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale, en vigueur le jour des soins

GRILLE OPTIQUE OPTION 2

GARANTIES (par verre) SIMPLE FOYER	CODES LPP AFFECTES		GARANTIES (par verre) PROGRESSIF	CODES LPP AFFECTES	
	< 18 ANS	> ou égal à 18 ANS		< 18 ANS	> ou égal à 18 ANS
35 €	2261874 ; 2242457	2203240 ; 2287916	110 €	2259245 ; 2264045	2290396 ; 2291183
60 €	2200393 ; 2270413 2238941 ; 2268385	2259966 ; 2226412 2212976 ; 2252668	126 €	2238792 2202452	2245384 2295198
75 €	2243540 ; 2297441 2243304 ; 2291088 2283953 ; 2219381	2280660 ; 2282793 2263459 ; 2265330 2284527 ; 2254868	145 €	2240671 2282221	2227038 2299180
140 €	2273854 ; 2248320 2245036 ; 2206800	2235776 ; 2295896 2288519 ; 2299523	150 €	2234239 2259660	2202239 2252042

GRILLE OPTIQUE OPTION 3

GARANTIES (par verre) SIMPLE FOYER	CODES LPP AFFECTES		GARANTIES (par verre) PROGRESSIF	CODES LPP AFFECTES	
	< 18 ANS	> ou égal à 18 ANS		< 18 ANS	> ou égal à 18 ANS
46 €	2261874 ; 2242457	2203240 ; 2287916	150 €	2259245 ; 2264045	2290396 ; 2291183
80 €	2200393 ; 2270413 2238941 ; 2268385	2259966 ; 2226412 2212976 ; 2252668	157 €	2238792 2202452	2245384 2295198
95 €	2243540 ; 2297441 2243304 ; 2291088 2283953 ; 2219381	2280660 ; 2282793 2263459 ; 2265330 2284527 ; 2254868	186 €	2240671 2282221	2227038 2299180
194 €	2273854 ; 2248320 2245036 ; 2206800	2235776 ; 2295896 2288519 ; 2299523	205 €	2234239 2259660	2202239 2252042

GRILLE OPTIQUE OPTION 4

GARANTIES (par verre) SIMPLE FOYER	CODES LPP AFFECTES		GARANTIES (par verre) PROGRESSIF	CODES LPP AFFECTES	
	< 18 ANS	> ou égal à 18 ANS		< 18 ANS	> ou égal à 18 ANS
62 €	2261874 ; 2242457	2203240 ; 2287916	199 €	2259245 ; 2264045	2290396 ; 2291183
112 €	2200393 ; 2270413 2238941 ; 2268385	2259966 ; 2226412 2212976 ; 2252668	277 €	2238792 2202452	2245384 2295198
142 €	2243540 ; 2297441 2243304 ; 2291088 2283953 ; 2219381	2280660 ; 2282793 2263459 ; 2265330 2284527 ; 2254868	279 €	2240671 2282221	2227038 2299180
290 €	2273854 ; 2248320 2245036 ; 2206800	2235776 ; 2295896 2288519 ; 2299523	308 €	2234239 2259660	2202239 2252042