

NOTICE D'INFORMATION

FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

Garanties facultatives

Personnel Cadre et Assimilé cadre
des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale
étendue de la Pharmacie d'officine
(IDCC1996)

Version en vigueur : 1^{er} juin 2022
référéncée PHCS (FAC)

IMPORTANT

DOCUMENT À COMPLÉTER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

En qualité de salarié de la Société

Je soussigné(e)

reconnais avoir reçu la notice d'information des garanties facultatives (référéncée PHCS-FAC), dans le cadre du contrat collectif du personnel cadre et assimilé cadre des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale de la Pharmacie d'officine.

À

Le.....

Signature

Préambule

Votre entreprise a adhéré auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé au 4 rue Georges Picquart 75017 Paris, au contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire, réservée au personnel cadre et assimilé cadre des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997.

Vous avez la possibilité de choisir à titre facultatif :

- d'améliorer le niveau de prestations des garanties souscrites à titre obligatoire par votre employeur, en vous affiliant volontairement à une des 3 options facultatives (Renfort 1, Renfort 2 ou Renfort 3) ;
- d'étendre les garanties Frais de soins de santé à vos ayants droit non à charge.

La présente notice a pour objet de vous informer sur vos droits et obligations nés de la souscription du contrat auprès de KLESIA Prévoyance.

Elle précise notamment la garantie « Frais de soins de santé » dont vous bénéficiez, ses modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

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

À noter : vous êtes également affilié à la garantie de base RPO liée aux présentes garanties surcomplémentaires, une notice distincte concernant cette couverture vous est remise séparément.

Sommaire

Lexique	7
Généralités	9
Base légale	9
Respect des critères de responsabilité	9
Autorité de contrôle de l'Institution	9
Réclamation et médiation	9
Protection de vos données personnelles.....	10
Communication par voie électronique	12
Subrogation	12
Prescription	12
Votre affiliation.....	13
Conditions d'affiliation	13
Date d'effet de votre affiliation	13
Personnes garanties	13
Extension des garanties aux ayants droit non à charge à titre facultatif	15
Modification de la garantie optionnelle choisie	15
Résiliation des garanties facultatives	15
Faculté de renonciation	16
Suspension de votre contrat de travail	16
Cessation de votre affiliation	17
Maintiens de la garantie.....	17
Cessation du maintien des garanties	18
Vos cotisations	19
Montant des cotisations	19
Paieement des cotisations	19
Incidence du défaut de paiement	19
Vos prestations	20
Risques garantis	20
Assistance	24
Modification des garanties et des taux de cotisations	24
Montant des prestations	24
Paieement des prestations	24
Bon de prise en charge.....	24
Tiers payant	25
Contrôle médical	25
Exclusions.....	25
Fausse déclaration	25
Documents nécessaires au règlement des prestations	26
Annexe : Tableaux des prestations	27
Régime de base (RPO)	27
Garanties surcomplémentaires optionnelles	35
Annexe : Protection de vos données personnelles	38

Lexique

100 % santé

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

Ayant droit

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

Base de remboursement (BR)

Tarif déterminé par l'Assurance Maladie, pour un acte ou soin, sur lequel intervient le remboursement. Il s'agit de:

- Tarif de convention : les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie. Le tarif est déterminé par l'Assurance Maladie et les représentants de la profession ;
- Tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux ;
- Tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné.

Bénéficiaire

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

Cotisations

Contribution des salariés et/ou de l'employeur versée à l'Institution en contrepartie de son engagement.

Dépassement d'honoraires

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

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

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

Entreprise Adhérente ou Adhérente

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

Forfait journalier ou hospitalier

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

Frais réels

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

Franchises médicales

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

Garantie

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

Honoraires de dispensation

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

Honoraire limite de facturation

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Depuis 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation (HLF) sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier 100 % santé.

Maladie

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

Noémie

« Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs ».

Échanges d'informations entre les caisses nationales des régimes obligatoires d'assurance maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de protection sociale.

Parcours de soins coordonnés

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

Participant

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

Prestation

Exécution de la garantie par l'Institution.

Prix limite de vente

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

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

Ticket modérateur

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

Généralités

Base légale

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

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

Respect des critères de responsabilité

Les dispositions du contrat Frais de soins de santé sont en conformité avec les exigences posées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats dits «responsables». En conséquence :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale n'est prise en charge ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale en vigueur pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1 ;
- l'Institution respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursements de prestations, prise en charge du ticket modérateur et des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation pour les équipements des paniers 100 % santé des équipements optiques, des aides auditives, et des soins prothétiques dentaires).

Autorité de contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative à l'exécution de votre contrat d'assurance, vous devez adresser votre demande à l'organisme en charge de la gestion de votre contrat :

Par courrier :

**Centre de gestion KLESIA
TSA 60002
78457 VELIZY Cedex**

Par téléphone au 09 85 60 85 30 (Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 numéro non surtaxé)

Par courriel via le site : www.klesia.fr

Si un désaccord persistait après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'agir en justice, vous pouvez, afin de trouver une issue amiable au différend vous opposant à l'Institution, vous adresser au médiateur de la protection sociale, dans le délai d'un an à compter de la réclamation :

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

Par courrier :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérés
75008 Paris**

Vous pouvez également saisir le Médiateur à défaut de réponse de l'Institution dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Pour être recevable, votre saisine doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de l'Institution.

Protection de vos données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie votre employeur à l'Institution, des données personnelles vous concernant sont collectées par KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, située 4 rue Georges Picquart 75017 Paris en tant que responsable de traitement.

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

Les finalités de la collecte de vos données personnelles

Dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance, les données personnelles que nous collectons vont permettre :

- l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;
- la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;
- la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;
- l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits.

Vos données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, KLESIA Prévoyance met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par les entités du Groupe KLESIA sont basés sur l'intérêt légitime afin de vous apporter les meilleurs produits et services, de continuer à améliorer leur qualité et de mieux vous connaître pour personnaliser les contenus et les services proposés et les adapter à vos besoins. Ils correspondent à :

- la mise en place d'actions de prévention ;
- la gestion de notre relation commerciale notamment par le biais d'actions telles qu'un programme de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des jeux concours ou des tests produits ou services ;
- la lutte contre la fraude à l'assurance et les impayés, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA ;
- la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits.

Le traitement de vos données de santé

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

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

Les décisions automatisées et le profilage

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

Les destinataires de vos données personnelles

Dans le cadre des traitements de KLESIA Prévoyance, vos données peuvent être transmises à différents destinataires listés en Annexe.

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

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

Les durées de conservation de vos données personnelles

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

Vos droits

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

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

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

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

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

Par ailleurs, vous avez la possibilité :

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

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

L'exercice de vos droits auprès de KLESIA Prévoyance

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

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

par courrier électronique : info.cnil@KLESIA.fr

par courrier à l'adresse : KLESIA Service INFO CNIL - CS 30027 - 93108 Montreuil Cedex.

Réclamation auprès de la CNIL

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

Communication par voie électronique

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

Subrogation

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

Prescription

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

Ce délai ne court :

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

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

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

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

Votre affiliation

Conditions d'affiliation

Vous et vos ayants droit à charge bénéficiez à titre obligatoire des garanties Frais de soins de santé souscrites par votre employeur.

Vous avez la possibilité de compléter ces couvertures en vous affiliant à titre facultatif :

- aux garanties surcomplémentaires optionnelles,
 - à l'extension de vos garanties à vos ayants droit non à charge tels que définis ci-après.
- Vos ayants droit bénéficiant du contrat de base conventionnel peuvent bénéficier des garanties surcomplémentaires optionnelles facultatives. Ils doivent tous bénéficier de la même option de garantie surcomplémentaire qui ne peut pas être différente de la vôtre.

Si vous et/ ou vos ayants droit êtes dispensés d'affiliation au titre de la garantie de base Pharma, vous ne pouvez pas bénéficier des garanties surcomplémentaires optionnelles facultatives.

Date d'effet de votre affiliation

Pour vous affilier, vous devez remplir un bulletin individuel d'affiliation sur lequel vous choisirez une des 3 options proposée (Renfort 1, Renfort 2 ou Renfort 3).

Vous bénéficiez des garanties prévues au contrat Frais de soins de santé à compter de votre date d'affiliation. Seuls les frais engagés pour des soins postérieurs à la date d'affiliation seront pris en charge.

Votre date d'affiliation peut être :

- la date d'effet du contrat collectif obligatoire de base référencé PHCS, lorsque vous êtes présent dans l'effectif de l'entreprise à cette date, que vous faites partie de la catégorie assurée et que vous choisissiez d'adhérer à une option facultative ;
- la date de votre embauche, ou de votre changement de catégorie professionnelle lorsque celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat, si vous choisissiez d'adhérer à une option facultative ;
- le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'affiliation, si vous décidez ultérieurement de vous affilier.

Les membres de la famille sont affiliés à la même date. En cas d'affiliation postérieure à la vôtre, ils sont affiliés au lendemain qui suit la date de réception du bulletin individuel d'affiliation par l'Institution.

Tout changement modifiant le ou les ayants droit bénéficiaires de la garantie Frais de santé surcomplémentaire optionnelle facultative ne vise que les frais engagés postérieurement à la date d'affiliation de ces derniers.

Personnes garanties

Vous êtes bénéficiaire de la garantie pour les Frais de soins de santé engagés pour vous-même.

Vos ayants droit à charge

Vos ayants droit à charge, tels que définis ci-dessous, dès lors qu'ils ont été régulièrement inscrits sur votre bulletin d'affiliation ou lors d'une demande ultérieure bénéficient également des garanties Frais de soins de santé.

Votre conjoint à charge

Est considéré comme votre conjoint à charge, sous réserve de justifier de la qualité d'assuré social et d'absence de perception d'un revenu d'activité ou de remplacement :

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

Vos enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge :

- les enfants âgés de moins de 18 ans à votre charge ou à la charge de votre conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin, au sens de la Sécurité sociale, ainsi que les enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation de moins de 18 ans,
- vos enfants et ceux de votre conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin lui-même à votre charge :
 - de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union Européenne, à l'exception des enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de justifier de la poursuite d'études,
 - de moins de 20 ans qui sont, par suite d'une infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente reconnue par la Sécurité sociale de se livrer à un travail rémunéré,
 - sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne.

Autres ayants droit à charge

Vos enfants, votre conjoint, votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou votre concubin, bénéficiaires des articles L. 212-1 et L. 213-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

Justificatifs à fournir

Dans tous les cas, une copie de l'attestation Vitale du Participant et de chaque personne garantie.

Pour votre époux (se) :

- une copie du livret de famille.
- une attestation sur l'honneur certifiant ne pas percevoir de revenu d'activité ou de remplacement et la copie du dernier avis d'imposition, **à fournir annuellement.**

Pour la couverture de votre partenaire lié au Participant par un PACS :

- une copie de l'attestation d'enregistrement au service d'état civil de la mairie du Participant ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS,
- un justificatif de domicile commun,
- une attestation sur l'honneur certifiant ne pas percevoir de revenu d'activité ou de remplacement et la copie du dernier avis d'imposition, **à fournir annuellement.**

Pour la couverture de votre concubin :

- le décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun (titre de propriété, avis d'imposition, quittance de loyer, assurance du logement, factures de gaz, électricité, téléphone, etc.),
- une attestation sur l'honneur certifiant ne pas percevoir de revenu d'activité ou de remplacement et la copie du dernier avis d'imposition, **à fournir annuellement.**

Pour la couverture de vos enfants, selon le cas :

- un certificat de scolarité délivré par l'établissement d'enseignement indiquant les dates de début et de fin d'études,
- une copie de la carte d'invalidité.

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

Extension des garanties aux ayants droit non à charge à titre facultatif

Moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire à votre charge exclusive, vous pouvez choisir d'étendre les couvertures Frais de soins de santé à vos ayants droit non à charge tels que définis ci-après.

Sont considérés comme ayants droit non à charge :

- **vos conjoint non à charge** : votre conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin ne remplissant pas la définition du conjoint à charge, sous réserve de justifier de sa qualité d'assuré social ;
- **les enfants de votre conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin lui-même non à charge** :
 - de moins de 28 ans poursuivant leurs études dans l'Union Européenne, à l'exception des enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, sous réserve de justifier de la poursuite d'études ;
 - de moins de 20 ans qui sont, par suite d'une infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente reconnue par la Sécurité sociale de se livrer à un travail rémunéré ;
 - sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles d'un taux supérieur à 80 % ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne ;
- **vos enfants, ceux de votre conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin à charge ou non à charge**, dès lors qu'ils viennent de finir leurs études et qu'ils justifient d'être inscrits comme demandeurs d'emploi, même non indemnisés. Leur adhésion doit intervenir dans les 6 mois qui suivent le terme de leurs études. **Cette adhésion est limitée à 24 mois consécutifs ou non** ;
- **les enfants de votre enfant** couvert par le régime au titre d'ayant droit à charge ou à titre facultatif.

Modification de la garantie optionnelle choisie

Le choix du niveau de prestations est valable pour une durée de 1 an, à compter de la date d'affiliation. Passé ce délai, le changement de niveau de prestations s'opère :

- le 1^{er} jour du mois suivant, si le bulletin est reçu par l'Institution entre le 1^{er} et le 15 du mois en cours,
- le 1^{er} jour du 2^e mois qui suit, si le bulletin est reçu par l'Institution entre le 16 et le dernier jour du mois en cours.

Le changement de niveau peut, par dérogation à la règle de l'annuité, s'effectuer à tout moment en cas de :

- changement de votre situation familiale :
 - naissance ou adoption d'un enfant à charge,
 - mariage ou divorce,
 - début ou fin de Pacte Civil de Solidarité,
 - début ou fin de concubinage,
 - décès de l'un de vos ayants droit,
- modification importante de votre contrat de travail (par exemple, passage d'un emploi à temps plein à temps partiel).

Résiliation des garanties facultatives

Vous pouvez résilier l'affiliation à l'option surcomplémentaire Renfort 1, 2 ou 3 et l'extension des garanties à vos ayants droit non à charge par l'un des moyens suivants :

- lettre ou tout autre support durable,
- déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution,
- acte extrajudiciaire,
- communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription.

Cette résiliation peut intervenir :

- à l'échéance du contrat, au moins 2 mois avant l'échéance,
- après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, à tout moment. L'Institution doit accuser réception par écrit de la résiliation de votre affiliation en précisant la date d'effet de la résiliation. Celle-ci sera effective un mois après que l'Institution en a reçu notification.

- en cas de modification de votre adhésion par l'Institution (révision des cotisations ou modification des garanties) dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.

En cas de résiliation, vous ne pourrez demander à souscrire à nouveau avant l'expiration d'un délai de 24 mois sauf si la demande fait suite à un changement de situation tel qu'évoqué ci-dessus.

Faculté de renonciation

Vous pouvez renoncer à votre affiliation pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous avez été informé que l'adhésion a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

En cas de modification apportée à vos droits et obligations, un nouveau délai de 30 jours court à compter de la remise de la notice d'information.

Pour ce faire, vous devez envoyer à l'Institution une lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du Code de la Sécurité sociale, selon le modèle proposé ci-dessous.

« Messieurs,

J'entends par la présente renoncer à mon affiliation à la garantie surcomplémentaire facultative et/ ou à l'extension des garanties à mes ayants droit non à charge complétant la garantie obligatoire souscrite par mon entreprise.

Fait à, Le.....

Signature de l'assuré

La renonciation entraîne la restitution par l'Institution de l'intégralité des sommes versées par le Participant, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du Code de la Sécurité sociale. Toutefois, si des prestations ont été versées les sommes perçues par les bénéficiaires devront être préalablement et intégralement restituées.

Suspension de votre contrat de travail

La garantie Frais de soins de santé est maintenue lorsque votre contrat de travail est suspendu et que vous vous trouvez en situation :

- d'arrêt de travail donnant lieu au bénéfice des prestations en espèces de la Sécurité sociale, tant que vous êtes inscrit aux effectifs de l'entreprise ;
- d'activité partielle ou d'activité partielle de longue durée, que votre activité soit totalement suspendue ou que vos horaires soient réduits et que vous bénéficiiez d'un revenu de remplacement versé par votre employeur ;
- de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité ...) ;
- de congé de maternité ou d'adoption ;
- de congé de paternité ;
- de congé de formation avec un maintien de salaire total ou partiel par votre employeur ;

et sous réserve du paiement des cotisations :

- de congé financé par un compte épargne temps ;
- de congé sans solde d'une durée inférieure à un mois.

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

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

Cessation de votre affiliation

Votre affiliation à l'Institution cesse de plein droit dans les cas suivants :

- résiliation de l'adhésion au contrat collectif et obligatoire référencé PHCS souscrit par votre employeur ;
- souscription par votre employeur d'un contrat surcomplémentaire collectif et obligatoire adossé à la garantie de base Pharma ;
- rupture de votre contrat de travail ;
- cessation d'activité ou disparition de votre entreprise ;
- lorsque vous n'appartenez plus à la catégorie assurée à la suite d'un changement de catégorie professionnelle ;
- liquidation de votre pension vieillesse, sauf situation de cumul emploi retraite au sein de votre entreprise ;
- décès.

Maintiens de la garantie

En cas de rupture de votre contrat de travail donnant lieu à portabilité de vos droits

Conditions

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

Formalités

Pour bénéficier de la portabilité des droits, vous devez retourner à l'Institution le bulletin de demande de portabilité établi par l'Institution dûment complété et signé. Il incombe à votre employeur de vous informer de ce droit.

Date d'effet et durée du maintien des garanties

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

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

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

Bénéficiaires

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

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

Garanties maintenues

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

Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité, ce qui entraîne l'absence de cotisations au titre de périodes postérieures à la cessation du contrat de travail pour votre employeur et vous-même.

Le dispositif de portabilité s'applique également aux anciens salariés bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle.

Obligations déclaratives

Les justificatifs suivants doivent être adressés à l'Institution :

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

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de portabilité ;
- en cas de cessation du versement des allocations du régime de l'Assurance Chômage ;
- en cas de non transmission des justificatifs de prise en charge par l'Assurance Chômage ;
- en cas de résiliation du contrat d'assurance par votre ancienne entreprise ;
- à la date de votre décès.

Maintien individuel de la garantie à titre onéreux

En cas de cessation de votre contrat de travail

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

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

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

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

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

En cas de décès de l'assuré

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

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

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

Vos cotisations

Montant des cotisations

Le montant des cotisations est exprimé en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale.

Extension aux ayants droit non à charge définis au contrat	Régime Général			Régime Alsace Moselle		
	Adulte non retraité	Adulte retraité	Enfant	Adulte non retraité	Adulte retraité	Enfant
Base RPO	1,90 %	2,93 %	1,14 %	1,33 %	2,03 %	0,79 %

Libellé de l'option	Cotisation en % du PSS	
	Par adulte	Par enfant
Renfort 1	0,40 %	0,25 %
Renfort 2	0,60 %	0,35 %
Renfort 3	0,95 %	0,55 %

Paielement des cotisations

Vous êtes seul responsable du paiement de l'intégralité des cotisations dues au titre de la garantie surcomplémentaire optionnelle facultative choisie et de l'extension des garanties aux ayants droit non à charge.

Le paiement est effectué mensuellement à terme à échoir par prélèvement bancaire sur votre compte. À ce titre, vous remettez un relevé d'identité bancaire et un mandat de prélèvement SEPA. En cas de radiation en cours de mois, les cotisations versées demeurent acquises à l'Institution.

Incidence du défaut de paiement

Si vous ne payez pas votre cotisation dans les dix jours suivant son échéance, vous pouvez être exclu de l'adhésion.

À défaut de paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, nous vous adresserons une mise en demeure, recommandée avec accusé de réception. Les garanties surcomplémentaires optionnelles facultatives seront suspendues trente jours après la mise en demeure, puis votre affiliation résiliée dix jours après ce délai de trente jours, selon les modalités de l'article L.932-22 du Code de la Sécurité sociale. Après résiliation, tout paiement de cotisation, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation du compte et ne pourra, sauf demande expresse acceptée par courrier de l'Institution, constituer une remise en vigueur tacite des garanties.

Vos prestations

Risques garantis

L'Institution couvre les risques pour les seules garanties dont le détail figure au tableau des prestations annexé à la présente notice.

L'Institution complète les prestations en nature versées par la Sécurité sociale, et le cas échéant, par un autre organisme assureur, au titre des frais engagés par vous-même et par vos ayants droit régulièrement affiliés. Dans certains cas, les frais non remboursés par la Sécurité sociale française peuvent donner lieu à remboursement dans les conditions prévues au tableau des prestations figurant en Annexe.

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

Soins courants

Le montant des prestations est minoré et plafonné lorsque le médecin consulté n'est pas adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. La garantie prévoit la prise en charge du ticket modérateur des honoraires de dispensation. Elle couvre aussi la prise en charge du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues partenaires dans le cadre du dispositif « MonPsy » lorsqu'elles sont remboursées par la Sécurité sociale. Pour plus d'informations sur ce dispositif, vous pouvez consulter le site d'information « monpsy.sante.gouv.fr ».

Hospitalisation

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

Maternité et adoption

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

Optique

Il existe deux classes de verres et de montures : classe A (équipement 100 % santé tel que défini réglementairement, avec un reste à charge nul) et classe B (équipement avec des prix libres).

Avant toute délivrance, l'opticien doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (composé d'une monture classe A et de deux verres classe A).

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

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

Cette prise en charge concerne :

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

Cet équipement est pris en charge intégralement au titre de la garantie de base et aucun nouvel équipement, en dehors de la période de renouvellement, ne fera l'objet d'une nouvelle prise en charge au titre des garanties surcomplémentaires.

Les prix limites de vente sont appréciés en prenant en compte la prise en charge déjà effectuée au titre de la garantie de base.

En tout état de cause, en cas de dépassement des prix limites de vente par le professionnel, la garantie de base ne sera pas complétée par les garanties surcomplémentaires.

Équipement optique prix libres (classe B)

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

Équipement mixte classes A et B

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

Prise en charge dérogatoire de deux équipements

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

Prestation d'adaptation

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

Cette garantie est prise en charge intégralement au titre de la garantie de base. En conséquence, dans le cadre des garanties surcomplémentaires, aucune prestation complémentaire ne sera versée.

Périodicité de prise en charge

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

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

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

Ces dispositions s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au titre des périodes susmentionnées.

Conditions de renouvellement anticipé

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

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

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

GRILLE OPTIQUE

A	Deux verres unifocaux (verres simples) <ul style="list-style-type: none"> Équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre 6,00 et + 6,00 dioptries ; Équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; Équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
B	Équipement comportant un verre A (verre simple) et un verre C (verre complexe)
C	Verre unifocal (verre complexe) <ul style="list-style-type: none"> Équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; Équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; Équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; Équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif (verre complexe) <ul style="list-style-type: none"> Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre 4,00 et + 4,00 dioptries ; Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
D	Équipement comportant un verre A (verre simple) et un verre F (verre très complexe)
E	Équipement comportant un verre C (verre complexe) et un verre F (verre très complexe)
F	Deux verres multifocaux ou progressifs (verres très complexes) <ul style="list-style-type: none"> Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de 4,00 à + 4,00 dioptries ; Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Dentaire

Les prothèses dentaires sont réparties dans 3 paniers de soins : un panier à reste à charge nul (soins et prothèses 100 % santé tels que définis réglementairement), un panier à reste à charge maîtrisé via des honoraires plafonnés qui entrent en vigueur progressivement jusqu'en 2023 et un panier à honoraires libres. Avant tout traitement, le chirurgien-dentiste doit remettre à l'assuré un devis écrit mentionnant une description détaillée du traitement et des matériaux utilisés, le montant des honoraires relatifs au traitement proposé que le traitement soit remboursable ou non et le montant de la base de remboursement de l'Assurance Maladie.

Soins et prothèses du panier 100 % santé

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires des actes prothétiques, dans la limite des honoraires limites de facturation.

Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale des soins et prothèses, sans reste à charge pour l'assuré.

Les honoraires limites de facturation sont appréciés en prenant en compte la prise en charge déjà effectuée au titre du contrat de base. **En tout état de cause, en cas de dépassement des honoraires limites de facturation par le professionnel, la garantie de base ne sera pas complétée par les garanties surcomplémentaires.**

Actes prothétiques du panier à honoraires maîtrisés

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

Les honoraires limites de facturation sont appréciés en prenant en compte la prise en charge déjà effectuée au titre de la garantie de base.

Actes prothétiques du panier à honoraires libres

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

Les honoraires limites de facturation des actes du panier 100 % santé et du panier à honoraires maîtrisés entrent en vigueur progressivement. Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres.

SYNTHÈSE DES PANIERS DE SOINS DENTAIRES		
PANIER 100 % SANTÉ	PANIER HONORAIRES MAÎTRISÉS	PANIER HONORAIRES LIBRES
Couronne métallique Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1ère prémolaire Couronne céramique-monolithique (zircone) hors molaire Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1ère prémolaire	Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2 ^e prémolaire et molaire Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire Couronne céramo-métallique sur 2 ^e prémolaire	Couronne céramo-céramique Couronne céramo-métallique sur molaire Couronne implanto-portée
Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie	Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay métallique	Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay céramique
Bridge céramo-métallique sur incisive Bridge métallique pour toute dent	Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)	Bridge céramo-céramique
Prothèse amovible à plaque base résine	Prothèse amovible sur châssis métallique	Prothèse amovible supra-implantaire
Réparations	Réparations	Adjonctions
		Implants

Orthodontie remboursée et non remboursée

Le remboursement est limité à six semestres plus deux ans de contention.

Aides auditives

Les aides auditives sont classées en deux groupes, classe I et classe II, selon leurs caractéristiques techniques (en fonction de la présence et du nombre d'options). Les aides auditives de la classe I correspondent à l'équipement 100% santé et sont sans reste à charge pour l'assuré depuis 2021, celles de la classe II sont à prix libres.

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

Équipement 100 % santé (classe I)

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

Cet équipement est pris en charge intégralement au titre de la garantie de base ; **en conséquence, dans le cadre des garanties surcomplémentaires, aucune prestation ne sera versée pour cet équipement, y compris en cas de dépassement des prix limites de vente par l'audioprothésiste.**

Aides auditives à prix libres (classe II)

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

Piles et accessoires

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

Périodicité de prise en charge

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

Ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

Frais engagés à l'étranger

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale, dans les limites du tableau des prestations figurant en Annexe. **Les actes hors nomenclature, non remboursés par la Sécurité sociale française, réalisés à l'étranger, ne sont jamais remboursés.**

Assistance

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

Modification des garanties et des taux de cotisations

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

Les modifications ne seront applicables qu'aux seuls frais engagés postérieurement à l'entrée en vigueur des modifications.

Montant des prestations

Le montant des prestations figure au tableau des prestations annexé à la présente notice.

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

Paiement des prestations

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

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

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

Bon de prise en charge

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné, l'Institution peut délivrer une prise en charge hospitalière. Dans ce cas, l'Institution règle directement à l'établissement hospitalier le complément de frais restant à votre charge, à l'exclusion des frais accessoires, des soins externes, des cures thermales, des frais de transport et de maternité, et, le cas échéant, de tout dépassement d'honoraires.

Tiers payant

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

Contrôle médical

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

La contestation des conclusions du médecin désigné par l'Institution doit être adressée par lettre recommandée à l'Institution dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de l'Institution. Dans cette hypothèse, vous avez la possibilité de vous faire représenter par votre médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution. En cas de désaccord entre votre médecin traitant et le médecin conseil, les parties désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois, un troisième médecin pour les départager. À défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal judiciaire du ressort de l'Institution.

L'avis de ce médecin tiers s'impose aux parties.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

Exclusions

Sauf dispositions spécifiques prévues dans le tableau des prestations figurant en Annexe, n'entraînent aucun paiement par l'Institution :

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

Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée au Participant est nulle conformément à l'article L.932-16 du Code de la Sécurité sociale. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du Participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'Institution a le droit de maintenir la garantie moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'affiliation prend fin dix jours après notification adressée au Participant par lettre recommandée ; l'Institution restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Documents nécessaires au règlement des prestations

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

NATURE DES FRAIS	PIÈCES JUSTIFICATIVES
Médecine courante <ul style="list-style-type: none"> consultation généraliste consultation ou acte de spécialiste analyses et examens de laboratoire auxiliaire médical 	<ul style="list-style-type: none"> décomptes originaux délivrés par l'Assurance maladie, les factures originales acquittées mentionnant les frais engagés au titre des dépassements d'honoraires
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> originaux des factures acquittées établies par l'établissement hospitalier, mentionnant les frais engagés, la participation de la Sécurité sociale, ainsi que, le cas échéant, la codification de l'acte opératoire, le reçu du ticket modérateur indiquant la nature des soins,
Cures thermales	<ul style="list-style-type: none"> décompte original de la Sécurité sociale, les factures détaillées mentionnant les frais d'hébergement, de transports, de soins et d'honoraires des médecins,
Prothèses dentaires	<ul style="list-style-type: none"> original de la facture détaillée acquittée précisant la codification des travaux effectués, décompte original de la Sécurité sociale,
Orthodontie	<ul style="list-style-type: none"> facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et fin de semestre, notification éventuelle de refus de prise en charge par la Sécurité sociale,
Parodontologie et Implants	<ul style="list-style-type: none"> facture originale détaillée et acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués,
Médicaments non remboursés ou non remboursables	<ul style="list-style-type: none"> les factures originales, acquittées et détaillées, mentionnant le taux de TVA,
Optique	<ul style="list-style-type: none"> facture détaillée de l'opticien des frais réellement engagés pour les verres et les montures (facturés distinctement), et prescription médicale datant de moins de : <ul style="list-style-type: none"> 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans, 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans, 3 ans pour les patients âgés de plus de 42 ans. facture détaillée de l'opticien des frais réellement engagés pour les lentilles de contact correctrices, et prescription médicale datant de moins de : <ul style="list-style-type: none"> 1 an, pour les patients âgés de moins de 16 ans, 3 ans, pour les patients âgés de 16 ans et plus. en cas de renouvellement des verres correcteurs par l'opticien et sauf opposition du médecin prescripteur : <ul style="list-style-type: none"> prescription médicale initiale, prescription médicale initiale mentionnant la correction réalisée par l'opticien lors du renouvellement.
Participation aux frais de maternité ou d'adoption	<ul style="list-style-type: none"> extrait d'acte de naissance de l'enfant né viable ou copie lisible du livret de famille, copie lisible du jugement définitif d'adoption,
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou refusés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> le cas échéant, photocopie des notifications de refus de prise en charge par l'Assurance Maladie, facture originale détaillée et acquittée.

Annexe : Tableaux des prestations

Régime de base (RPO)

RÉGIME GÉNÉRAL	
Nature des actes	Remboursements sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	
Consultations et visites de généralistes	185 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes	245 % de la BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	
Consultations et visites de généralistes	115 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes	161 % de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	325 % de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...)	100 % de la BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, ...)	
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
Imagerie	100 % de la BR
Échographie	325 % de la BR
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
Imagerie	100 % de la BR
Échographie	200 % de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % de la BR
MÉDICAMENTS	
Médicaments remboursés par la SS	100 % des FR
Vaccins et médicaments non remboursés ou non remboursables par la SS	50 € par an et par assuré ¹
MATÉRIEL MÉDICAL inscrit à la Liste des Produits et Prestations (LPP)	
Grand appareillage	230 % de la BR
Prothèses capillaires remboursées par la SS	525 € par an et par bénéficiaire ²

RÉGIME GÉNÉRAL	
Nature des actes	Remboursements sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
Autre matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - lits médicaux, accessoires, ...	150 % de la BR
AUTRES SOINS COURANTS	
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la SS	100 % de la BR
HOSPITALISATION	
HONORAIRES	
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	355 % de la BR
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Prise en charge intégrale
FRAIS DE SÉJOUR	
Séjour en établissement public de santé (lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins)	100 % de la BR
Séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	120 % de la BR
AUTRES PRESTATIONS	
Chambre particulière par jour	75 €
Frais d'accompagnant par jour (si hospitalisation d'un enfant à charge)	30 €
FORFAIT ACTES LOURDS	Prise en charge intégrale
FORFAIT PATIENT URGENCES	Prise en charge intégrale
DENTAIRE	
SOINS	
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	100 % de la BR
SOINS ET PROTHÈSES « 100 % SANTÉ »	
Soins et prothèses « 100 % Santé » (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation
PROTHÈSES	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	
Prothèses dentaires	375 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Inlays core	195 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Inlays onlays	200 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	
Prothèses dentaires	375 % de la BR
Inlays core	195 % de la BR
Inlays onlays	200 % de la BR

RÉGIME GÉNÉRAL	
Nature des actes	Remboursements sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
Prothèses dentaires sur implant	390 % de la BR
Actes prothétiques non remboursés par la SS (uniquement sur dents vivantes)	300 % de la BRR
AUTRES ACTES DENTAIRE NON REMBOURSÉS PAR LA SS	
Parodontologie - Forfait / an / bénéficiaire	200 €
Implantologie - Forfait / an / bénéficiaire	400 € par implant limité à 2 implants par an (implant et pilier implantaire)
ORTHODONTIE	
Orthodontie remboursée par la SS	326 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS	326 % de la BRR
OPTIQUE Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.	
ÉQUIPEMENT « 100 % SANTÉ » (*)	
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)	
Verre simple	80 € par verre
Verre complexe	130 € par verre
Verre très complexe	200 € par verre
Monture	100 €
PRESTATION D'ADAPTATION	
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
LENTILLES	
Lentilles correctrices	
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables)	200 € par an et par bénéficiaire ²
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	130 € par an et par bénéficiaire
AIDE AUDITIVE Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille	
ÉQUIPEMENT « 100 % SANTÉ » (*)	
Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)	La prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS
Aide auditive remboursée par la SS	
Aide auditive remboursée par la SS pour les personnes de plus de 20 ans	580 € par appareil ²

RÉGIME GÉNÉRAL	
Nature des actes	Remboursements sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
Aide auditive remboursée par la SS pour les personnes de moins de 20 ans et les adultes atteints de cécité	1400 € par appareil ²
ACCESSOIRES REMBOURSÉS PAR LA SS	190 % de la BR (y compris entretien)
DIVERS	
CURES THERMALES	
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire	
Cures thermales Honoraires	100 % du RSS + 20 € par jour
NAISSANCE - ADOPTION	
Forfait par enfant	250 €
Chambre particulière par jour	75 €
TRANSPORT	
Frais de transport remboursés par la SS	100 % de la BR
Indemnités de déplacement (médecins, auxiliaires médicaux)	100 % de la BR

Notes : Le terme « bénéficiaire » utilisé dans les tableaux ci-dessus vise l'assuré, ses ayants droit à charge au sens du contrat ainsi que les adhérents facultatifs.

Le terme « assuré » vise le seul Participant assuré à titre obligatoire et les adhérents facultatifs.

Lorsqu'un forfait est exprimé « par bénéficiaire », il s'applique pour chaque bénéficiaire au sens ci-dessus.

Lorsqu'un forfait est exprimé « par assuré » il s'applique pour le seul Participant assuré à titre obligatoire et pour chaque adhérent facultatif.

1. Les médicaments concernés sont ceux dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.

2. Au-delà du forfait, prise en charge du TM

* Tels que définis réglementairement / Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / SS : Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement / BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / FR : Frais réels / TM : Ticket modérateur / TC : Tarif de convention / Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / Honoraires limites de facturation : Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

RÉGIME ALSACE MOSELLE

Nature des actes	Remboursements Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	
Consultations et visites de généralistes	205 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes	265 % de la BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	
Consultations et visites de généralistes	115 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes	161 % de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	345 % de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...)	130 % de la BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, ...)	
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
Imagerie	100 % de la BR
Échographie	345 % de la BR
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
Imagerie	100 % de la BR
Échographie	200 % de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	130 % de la BR
MÉDICAMENTS	
Médicaments remboursés par la SS	100 % des FR
Vaccins et médicaments non remboursés ou non remboursables par la SS	50 € par an et par assuré ¹
MATÉRIEL MÉDICAL inscrit à la Liste des Produits et Prestations (LPP)	
Grand appareillage	230 % de la BR
Prothèses capillaires remboursées par la SS	525 € par an et par bénéficiaire ²
Autre matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - lits médicaux, accessoires, ...	150 % de la BR
AUTRES SOINS COURANTS	
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la SS	100 % de la BR

RÉGIME ALSACE MOSELLE

Nature des actes	Remboursements Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
HOSPITALISATION	
HONORAIRES	
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	355 % de la BR
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Prise en charge intégrale
FRAIS DE SÉJOUR	
Séjour en établissement public de santé (lorsque la facturation est globale par journée et pour l'ensemble des actes et soins)	100 % de la BR
Séjour en établissement privé de santé, sanatorium, préventorium ou aérium	120 % de la BR
FORFAIT PATIENT URGENCES	Prise en charge intégrale
AUTRES PRESTATIONS	
Chambre particulière par jour	75 €
Frais d'accompagnant par jour (si hospitalisation d'un enfant à charge)	30 €
DENTAIRE	
SOINS	
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	120 % de la BR
SOINS ET PROTHÈSES « 100 % SANTÉ »	
Soins et prothèses « 100 % Santé » (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation
PROTHÈSES	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	
Prothèses dentaires	375 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Inlays core	195 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Inlays onlays	200 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	
Prothèses dentaires	375 % de la BR
Inlays core	195 % de la BR
Inlays onlays	200 % de la BR
Prothèses dentaires sur implant	390 % de la BR
Actes prothétiques non remboursés par la SS (uniquement sur dents vivantes)	300 % de la BRR
AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSÉS PAR LA SS	
Parodontologie - Forfait / an / bénéficiaire	200 €

RÉGIME ALSACE MOSELLE

Nature des actes	Remboursements Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
Implantologie - Forfait / an / bénéficiaire	400 € par implant limité à 2 implants par an (implant et pilier implantaire)
ORTHODONTIE	
Orthodontie remboursée par la SS	326 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS	326 % de la BRR
OPTIQUE Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.	
ÉQUIPEMENT « 100 % SANTÉ » (*)	
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)	
Verre simple	80 € par verre
Verre complexe	130 € par verre
Verre très complexe	200 € par verre
Monture	100 €
PRESTATION D'ADAPTATION	
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
LENTILLES	
Lentilles correctrices	
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables)	200 € par an et par bénéficiaire ²
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	130 € par an et par bénéficiaire
AIDE AUDITIVE Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille	
ÉQUIPEMENT « 100 % SANTÉ » (*)	
Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)	
Aide auditive remboursée par la SS	La prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS
Aide auditive remboursée par la SS pour les personnes de plus de 20 ans	580 € par appareil ²
Aide auditive remboursée par la SS pour les personnes de moins de 20 ans et les adultes atteints de cécité	1400 € par appareil ²
ACCESSOIRES REMBOURSÉS PAR LA SS	220 % de la BR (y compris entretien)

RÉGIME ALSACE MOSELLE	
Nature des actes	Remboursements Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
DIVERS	
CURES THERMALES	
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire	
Cures thermales Honoraires	100 % du RSS + 20 € par jour
NAISSANCE - ADOPTION	
Forfait par enfant	250 €
Chambre particulière par jour	75 €
TRANSPORT	
Frais de transport remboursés par la SS	100 % de la BR
Indemnités de déplacement (médecins, auxiliaires médicaux)	100 % de la BR

Notes : Le terme « bénéficiaire » utilisé dans les tableaux ci-dessus vise l'assuré, ses ayants droit à charge au sens du contrat ainsi que les adhérents facultatifs.

Le terme « assuré » vise le seul Participant assuré à titre obligatoire et les adhérents facultatifs.

Lorsqu'un forfait est exprimé « par bénéficiaire », il s'applique pour chaque bénéficiaire au sens ci-dessus.

Lorsqu'un forfait est exprimé « par assuré » il s'applique pour le seul Participant assuré à titre obligatoire et pour chaque adhérent facultatif.

1. Les médicaments concernés sont ceux dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.

2. Au-delà du forfait, prise en charge du TM

* Tels que définis réglementairement / Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / SS : Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement / BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / FR : Frais réels / TM : Ticket modérateur / TC : Tarif de convention / Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / Honoraires limites de facturation : Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

Garanties surcomplémentaires optionnelles

Nature des actes	Remboursements en complément du régime conventionnel		
	Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)			
Consultations et visites de généralistes	30 % de la BR	30 % de la BR	60 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes	75 % de la BR	75 % de la BR	150 % de la BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)			
Consultations et visites de généralistes	30 % de la BR	30 % de la BR	60 % de la BR
Consultations et visites de spécialistes	15 % de la BR	10 % de la BR	25 % de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
Analyses médicales non remboursées par la SS	Forfait de 50 € par an et par bénéficiaire	Forfait de 50 € par an et par bénéficiaire	Forfait de 100 € par an et par bénéficiaire
MÉDICAMENTS			
Forfait vaccins et médicaments non remboursables et non remboursés par la SS	-	10 € par an et par assuré ¹	10 € par an et par assuré ¹
MATÉRIEL MÉDICAL inscrit à la Liste des Produits et Prestations (LPP)			
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - attelles, lits médicaux, accessoires, ...	100 % de la BR (hors prothèses capillaires)	100 % de la BR (hors prothèses capillaires)	200 % de la BR (hors prothèses capillaires)
HOSPITALISATION			
AUTRES PRESTATIONS			
Chambre particulière par jour	-	35 €	35 €
Frais d'accompagnant par jour	-	20 € (si hospitalisation d'un enfant à charge)	20 € (si hospitalisation d'un enfant à charge)
DENTAIRE			
PROTHÈSES			
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	-	100 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation ²	100 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation ²
Inlays onlays remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	-	150 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation ²	150 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation ²
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	-	100 % de la BR	100 % de la BR
Inlays onlays remboursés par la SS à honoraires libres	-	150 % de la BR	150 % de la BR
Actes prothétiques non remboursés par la SS	-	35 % de la BRR	35 % de la BRR

Nature des actes	Remboursements en complément du régime conventionnel		
	Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3
AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SS			
Implantologie - Forfait / an / bénéficiaire	-	100 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire dans la limite de 2 implants)	100 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire dans la limite de 2 implants)
ORTHODONTIE			
Orthodontie remboursée par la SS	-	100 % de la BR	100 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS	-	100 % de la BRR	100 % de la BRR
OPTIQUE			
ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)			
Verre simple	10 €	-	10 €
Verre complexe	130 €	-	130 €
Verre très complexe	100 €	-	100 €
LENTILLES			
Lentilles correctrices remboursées ou non par la SS (y compris jetables)	50 € par an et par bénéficiaire	-	50 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive (pour les 2 yeux)	Forfait global de 650 € par an et par bénéficiaire	-	Forfait global de 650 € par an et par bénéficiaire
PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCE³			
FORFAIT GLOBAL MÉDECINE DOUCE	100 € par an et par bénéficiaire	-	100 € par an et par bénéficiaire
Acupuncture	Inclus	-	Inclus
Ostéopathie	Inclus	-	Inclus
Chiropractie	Inclus	-	Inclus
Etiopathie	Inclus	-	Inclus
Psychomotricité	Inclus	-	Inclus
Psychologie	Inclus	-	Inclus
FORFAIT GLOBAL MÉDECINE DOUCE 2	-	100 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
Pédicurie / podologie	-	Inclus	Inclus
Réflexologie plantaire	-	Inclus	Inclus
Diététique	-	Inclus	Inclus
Nutritionniste	-	Inclus	Inclus
Naturopathie	-	Inclus	Inclus
Homéopathie	-	Inclus	Inclus
Phytothérapie	-	Inclus	Inclus
FORFAIT GLOBAL PRÉVENTION	70 € par an et par bénéficiaire	70 € par an et par bénéficiaire	140 € par an et par bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la SS	Inclus	Inclus	Inclus
Autotests de dépistage cancer et dépistage cancer	Inclus	Inclus	Inclus

Nature des actes	Remboursements en complément du régime conventionnel		
	Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3
Contraception prescrite et non remboursée par la SS (pilules et patchs contraceptifs, traitements oestro-progestatifs)	Inclus	Inclus	Inclus
Sevrages tabagiques (y compris les patchs de nicotine)	Inclus	Inclus	Inclus
DIVERS			
NAISSANCE - ADOPTION			
Chambre particulière par jour	-	35 €	35 €
ASSISTANCE	IMA	IMA	IMA

Notes : Le terme « bénéficiaire » utilisé dans les tableaux ci-dessus vise l'assuré, ses ayants droit à charge au sens du contrat ainsi que les adhérents facultatifs. Le terme « assuré » vise le seul Participant assuré à titre obligatoire et les adhérents facultatifs. Lorsqu'un forfait est exprimé « par bénéficiaire », il s'applique pour chaque bénéficiaire au sens ci-dessus. Lorsqu'un forfait est exprimé « par assuré » il s'applique pour le seul Participant assuré à titre obligatoire et pour chaque adhérent facultatif.

1. Les médicaments concernés sont ceux dont la TVA est fixée à 2,10 % et 10 %.

2. La garantie est limitée aux Honoraires Limites de Facturation en tenant compte du niveau de prestation du régime de base.

3. Les professionnels doivent être inscrits au registre ADELI.

* Tels que définis réglementairement / Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / SS : Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement / BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / FR : Frais réels / TM : Ticket modérateur / TC : Tarif de convention / Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / Honoraires limites de facturation : Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

Annexe : Protection de vos données personnelles

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation	Destinataires
Exécution d'un contrat d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> • l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ; • la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ; • la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ; • l'élaboration de statistiques et études actuarielles ; • l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ; • la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits. 	<p>5 ans à compter de la fin du contrat OU Contrat d'assurance vie 10 ans après le décès de l'assuré et au maximum 30 ans en cas de non-réclamation du capital décès</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, • les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, • les prestataires, • les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions, • les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, • les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties, • les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité, • les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux. • les souscripteurs, les assurés, les adhérents et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants, • s'il y a lieu les bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat, • s'il y a lieu le responsable, les victimes et leurs mandataires ; les témoins, les tiers intéressés à l'exécution du contrat. • s'il y a lieu les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, • les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir, • les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne.

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation	Destinataires
Obligation légale, réglementaire et administrative	<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme 	<p>Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) : 5 ans à compter de la clôture du compte ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des clients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnes en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les clients dont ils ont la charge les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor les autorités de contrôle compétentes les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilitées
Intérêt légitime du responsable de traitement	<ul style="list-style-type: none"> la mise en place d'actions de prévention 	<p>Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnels habilités du Groupe KLESIA les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions
	<ul style="list-style-type: none"> la gestion de notre relation commerciale 	<ul style="list-style-type: none"> Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect 	<ul style="list-style-type: none"> les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques les services chargés du contrôle les sous-traitants et les partenaires les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs
	<ul style="list-style-type: none"> la lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA 	<p>6 mois à compter de l'émission de l'alerte OU 5 ans à compter de la clôture du dossier Fraude OU 2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude : 5 ans à compter de l'inscription</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnels en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrats et de sinistres les autres entités du Groupe KLESIA dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux le personnel habilité des sous-traitants les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude les auxiliaires de justice et officiers ministériels l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation	Destinataires
			<ul style="list-style-type: none"> • s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants • l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige • les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations • s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants
	<ul style="list-style-type: none"> • la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits 	<p>Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques • les services chargés du contrôle • les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures • les entités du Groupe KLESIA • les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs
Consentement	<ul style="list-style-type: none"> • la prospection commerciale 	<p>Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement. En l'absence du retrait du consentement :</p> <p>Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques • les services chargés du contrôle • les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures • les entités du Groupe KLESIA • les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.

KLESIA Pro vous propose des services et produits d'assurance santé et prévoyance. Nos solutions sont réalisées avec les représentants de votre secteur d'activité, et ce, sans but lucratif. Vous et vos salariés bénéficiez ainsi d'un accompagnement adapté à votre situation, pour vous permettre de vous concentrer sur l'essentiel : VOTRE ACTIVITÉ.

KLESIA Pro s'engage à vous assurer un avenir serein et contribue à la qualité de vie pour tous.



Retrouvez toutes les informations vous concernant dans votre espace personnel
klesia.fr

Et rejoignez-nous sur

