

# **CONVENTION D'ASSURANCE COLLECTIVE FRAIS DE SANTE**

## **Garantie de base RPO**

Personnel Cadre et Assimilé cadre  
des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale  
étendue de la Pharmacie d'Officine  
(IDCC 1996)

Version en vigueur : 1<sup>er</sup> juin 2022  
référéncée PHCS

# Sommaire

<b>Préambule .....</b>	<b>4</b>
<b>Lexique .....</b>	<b>5</b>
<b>Dispositions générales .....</b>	<b>7</b>
<b>Titre 1 - Généralités .....</b>	<b>7</b>
Article 1 - Cadre juridique .....	7
Article 2 - Objet de la convention .....	7
Article 3 - Contrat responsable .....	7
Article 4 - Contrôle de l'Institution .....	8
Article 5 - Réclamation et médiation .....	8
Article 6 - Communication par voie électronique .....	8
Article 7 - Protection des données personnelles .....	9
Article 8 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme .....	9
Article 9 - Lutte contre la fraude à l'assurance .....	9
<b>Titre 2 - Adhésion de l'entreprise.....</b>	<b>10</b>
Article 10 - Champ d'application .....	10
Article 11 - Date d'effet – durée – renouvellement .....	10
Article 12 - Obligations de l'Adhérente .....	10
Article 13 - Documents à fournir par l'Institution.....	11
Article 14 - Résiliation de l'adhésion.....	11
Article 15 - Révision de la Convention d'assurance collective .....	11
<b>Titre 3 - Affiliation des Participants .....</b>	<b>13</b>
Article 16 - Conditions – Modalités d'affiliation .....	13
Article 17 - Bénéficiaires .....	13
Article 17 BIS - Extension de la garantie aux ayants droit non à charge à titre facultatif.....	14
Article 18 - Date d'affiliation et date d'effet de la garantie .....	15
Article 19 - Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail .....	15
Article 20 - Cessation de l'affiliation du Participant .....	15
<b>Titre 4 - Maintien de la Garantie Frais de soins de santé au bénéfice du Participant .....</b>	<b>16</b>
Article 21 - Maintien au titre de la portabilité prévue à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.....	16
Article 22 - Pour les ayants droit du Participant décédé en activité .....	17
Article 23 - Maintien de la garantie Frais de soins de santé à titre onéreux .....	17
<b>Titre 5 - Cotisations .....</b>	<b>19</b>
Article 24 - Assiette et montant des cotisations.....	19
Article 25 - Paiement des cotisations .....	20
Article 26 - Défaut de paiement des cotisations .....	20
<b>Titre 6 - Prestations .....</b>	<b>21</b>
Article 27 - Définition des prestations .....	21
Article 28 - Montant des prestations .....	25
Article 29 - Paiement des prestations.....	25
Article 30 - Bon de prise en charge .....	25
Article 31 - Tiers payant.....	26
Article 32 - Prescription.....	26
Article 33 - Subrogation .....	26
Article 34 - Contrôle médical .....	26
Article 35 - Événements exclus .....	27
Article 36 - Documents nécessaires au règlement des prestations .....	27

<b>Titre 7 - Garanties facultatives .....</b>	<b>29</b>
Article 37 - Choix par le salarié des garanties facultatives.....	29
Article 38 - Paiement des cotisations .....	30
<b>DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES .....</b>	<b>31</b>
<b>Titre 1 - Taux de cotisations .....</b>	<b>31</b>
<b>Titre 2 - Tableaux des prestations .....</b>	<b>33</b>

# Préambule

KLESIA Prévoyance, dont le siège social est situé au 4 rue Georges Picquart 75017 PARIS, assure une garantie Frais de soins de santé 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.

La présente convention est conforme aux dispositions de l'Annexe IV.2 de la Convention collective susvisée, modifiée dernièrement par l'avenant signé par les partenaires sociaux en date du 7 juin 2022 y compris en ce qui concerne le haut degré de solidarité.

# 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 de la présente convention 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 la garantie du contrat lors de la réalisation du risque.

## Cotisations

Contribution des salariés et 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).
- 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.

## 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 la présente convention.

### **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.

### **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 la présente convention.

### **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.

### **Parcours de soins coordonnés**

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

### **Participant**

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

### **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.

# Dispositions générales

## Titre 1 - Généralités

### Article 1 - Cadre juridique

La présente convention est exclusivement soumise à la loi française. C'est un contrat collectif à adhésion obligatoire tel que défini par l'article L.932-1 du Code de la Sécurité sociale.

La présente Convention d'assurance collective est assurée par KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est fixé au 4 rue Georges Picquart 75017 PARIS, ci-après dénommée « l'Institution ».

Elle est constituée pour chaque Entreprise Adhérente par :

- les présentes Dispositions Générales et Dispositions Spécifiques, valant Conditions Générales,
- un bulletin d'adhésion,
- le certificat d'adhésion.

L'entreprise ci-après dénommée « l'Adhérente ou l'Entreprise Adhérente » devient membre adhérent de l'Institution à compter de la date d'effet figurant au certificat d'adhésion. Ses salariés acquièrent à compter de leur affiliation la qualité de membres Participants et sont ci-après dénommés « les Participants ».

### Article 2 - Objet de la convention

La convention a pour objet de mettre en œuvre un contrat d'assurance Frais de soins de santé collectif à adhésion obligatoire pour le personnel cadre et assimilé cadre des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'Officine du 3 décembre 1997.

La présente convention est conforme aux dispositions de l'Annexe IV.2 de la Convention collective susvisée, modifiée dernièrement par l'avenant signé par les partenaires sociaux en date du 7 juin 2022 y compris en ce qui concerne le haut degré de solidarité.

Elle définit les engagements réciproques de l'Entreprise et de l'Institution, en particulier le paiement des cotisations et les conditions de prise en charge des garanties par l'Institution.

Le Participant peut améliorer son niveau de prestations en choisissant l'une des garanties surcomplémentaires optionnelles facultatives (Renfort 1, Renfort 2 et Renfort 3), ainsi qu'étendre les garanties Frais de soins de santé à ses ayants droit non à charge définis à l'article 17BIS. Les modalités de ces adhésions facultatives sont indiquées au Titre VII de la présente convention.

A compter du 1<sup>er</sup> juin 2022, la présente convention se substitue dans toutes ses dispositions à la Convention d'assurance collective Frais de soins de santé (référéncée PHCS) du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

### Article 3 - Contrat responsable

La présente convention est 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).

La présente convention répond en outre aux dispositions de l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale concernant la couverture minimale dite « Panier de soins ».

#### Article 4 - Contrôle de l'Institution

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

#### Article 5 - Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative à l'exécution de la présente convention, l'Adhérente, le Participant ou ses éventuels ayants droit doit s'adresser en priorité à l'Institution.

**Par courrier :**

KLESIA Prévoyance  
Service Réclamation  
TSA 90200  
69307 Lyon Cedex 07

**Par téléphone :** au 01 71 39 16 00 (du lundi au vendredi, de 9 heures à 18 heures)

**Par courriel** via le site : [www.klesia.fr](http://www.klesia.fr)

Si un désaccord persistait après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'agir en justice, l'Adhérente, le Participant ou l'ayant droit peut, afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant à l'Institution, saisir le Médiateur de la protection sociale, dans le délai d'un an à compter de la réclamation :

**Par courrier :**

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

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

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

#### Article 6 - 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/les Participants 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 l'assuré 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.



## Article 7 - Protection des données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie l'Adhérente à l'Institution, KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, située 4 rue Georges Picquart 75017 Paris est amenée à traiter des données personnelles des assurés et des bénéficiaires du contrat, en tant que responsable de traitement.

À ce titre, KLESIA Prévoyance s'engage à respecter la réglementation en vigueur applicable en matière de protection des données personnelles et notamment à traiter les données personnelles pour les seules finalités qui font l'objet du contrat à savoir :

- la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance,
- la gestion de la relation commerciale,
- la mise en place d'actions de prévention,
- la prospection commerciale,
- la lutte contre la fraude et les impayés,
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- le respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Les données personnelles des assurés et des bénéficiaires ne sont transmises à aucun autre destinataire que ceux mentionnés dans la notice d'information.

KLESIA Prévoyance traite les données personnelles des assurés et des bénéficiaires 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, ils en seraient informés spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de leurs données personnelles.

Sauf précision apportée dans la notice d'information, les données personnelles des assurés et des bénéficiaires 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 assurés et bénéficiaires disposent de droits (droit d'accès, de rectification, d'effacement dans certains cas, d'opposition, de limitation du traitement, à la portabilité) qu'ils peuvent exercer auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de KLESIA Prévoyance *par courrier électronique* : [info.cnil@klesia.fr](mailto:info.cnil@klesia.fr) *ou par courrier postal* : KLESIA – SERVICE INFO CNIL - CS 30027 - 93108 Montreuil Cedex.

Les assurés et les bénéficiaires disposent également d'une possibilité de formuler une réclamation près de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 ou par voie électronique <http://cnil.fr>.

Des informations plus détaillées sur le traitement des données sont fournies par KLESIA Prévoyance aux assurés et aux bénéficiaires dans la notice d'information.

## Article 8 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, pour tous les versements effectués, l'Adhérente atteste que ces versements ne proviennent pas d'opérations constitutives d'une infraction à la loi. L'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

## Article 9 - Lutte contre la fraude à l'assurance

L'Institution peut utiliser les données personnelles du Participant à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

# Titre 2 - Adhésion de l'entreprise

## Article 10 - Champ d'application

Les entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'Officine du 3 décembre 1997 (IDCC N° 1996), situées sur le territoire national tant métropolitain que dans les Départements d'Outre-Mer (DOM) peuvent adhérer à la présente convention.

## Article 11 - Date d'effet – durée – renouvellement

L'adhésion prend effet à la date indiquée au certificat d'adhésion et se termine au 31 décembre de l'année en cours.

Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

## Article 12 - Obligations de l'Adhérente

### A – Obligation d'affiliation

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, l'Adhérente doit affilier l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie bénéficiaire désignée au certificat d'adhésion.

L'Adhérente s'engage également à y affilier obligatoirement tous les salariés appartenant à la catégorie bénéficiaire qu'elle embauchera postérieurement à la date d'effet de l'adhésion ainsi que tous ceux qui viendront à être promus dans la catégorie de personnel bénéficiaire postérieurement à cette date.

Par dérogation, les salariés se trouvant dans l'une des situations visées par les textes réglementaires en vigueur peuvent être dispensés d'affiliation obligatoire au contrat, sous réserve que les conditions requises soient remplies.

### B – Informations à fournir à l'Institution

#### *Lors de l'adhésion*

L'Entreprise Adhérente doit adresser à l'Institution :

- un bulletin d'adhésion à la présente Convention d'assurance dûment signé par un représentant habilité ;
- la liste de l'ensemble du personnel couvert par la présente Convention d'assurance (nom et prénom, date de naissance, adresse, situation familiale) ;
- la liste des anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits prévue par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que la date du terme de ce maintien.

#### *En cours de contrat*

L'Adhérente doit utiliser la Déclaration Sociale Nominative (DSN) pour transmettre mensuellement à l'Institution toutes les informations relatives à l'effectif de la catégorie de salariés assurée, aux mouvements de personnel (embauche, suspension et fin de contrat de travail ...) ainsi que, le cas échéant, le salaire brut de chaque assuré affilié au contrat, si les cotisations sont assises sur la rémunération. L'Adhérente doit informer l'Institution de toute modification d'adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation juridique (fusion, cession, scission...), au plus tard à chaque échéance de cotisations.

### C – Informations à fournir aux Participants

En vertu des dispositions de l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérente a un devoir d'information à l'égard des Participants sur le contrat souscrit.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérente s'engage à remettre à chaque Participant une copie de la notice d'information qui lui a été transmise par l'Institution.

Elle doit également porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties souscrites.

La preuve de la remise de cette notice incombe à l'Adhérente.

## Article 13 - Documents à fournir par l'Institution

L'Institution transmet à l'Adhérente :

- le certificat d'adhésion précisant la date d'effet de l'adhésion de l'Entreprise, les catégories de personnel garanties, les taux de cotisation, les risques couverts et le niveau des prestations,
- les présentes Conditions générales,
- la notice d'information destinée au personnel récapitulant la garantie Frais de soins de santé, à charge pour l'Entreprise Adhérente de la remettre aux Participants comme stipulé à l'article précédent.

## Article 14 - Résiliation de l'adhésion

L'adhésion à la présente convention Frais de soins de santé peut être résiliée par l'Adhérente ou l'Institution.

### A – Résiliation par l'Institution

Le contrat Frais de soins de santé peut être résilié par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception.

Cette résiliation peut intervenir :

- à l'échéance du contrat, au moins deux mois avant l'échéance, le cachet de la poste faisant foi ;
- en cas de non-paiement des cotisations, conformément à l'article L.932-9 du Code de la Sécurité sociale ;
- en cas de cessation d'activité, de plein droit à la date de cessation de l'activité ;
- en cas de refus par l'Adhérente de la modification du contrat par l'Institution dans les conditions énoncées à l'article 15.

### B – Résiliation par l'Adhérente

Le contrat Frais de soins de santé peut être résilié par l'Adhérente 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 du contrat en précisant à l'Adhérente la date d'effet de la résiliation. Celle-ci sera effective un mois après que l'Institution en a reçu notification par l'Adhérente.
- en cas de refus par l'Adhérente de la modification du contrat par l'Institution dans les conditions énoncées à l'article 15.

## Article 15 - Révision de la Convention d'assurance collective

### A – Modifications du contrat souscrit par l'Entreprise

La présente convention a vocation à être conforme aux dispositions conventionnelles dont relève l'employeur. Dans le cas où l'Accord de Branche serait modifié, la présente convention sera aménagée en conséquence, à la date d'effet précisée par l'avenant adressé par l'Institution à l'Adhérente.

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet. L'engagement de l'Institution est acquis pour autant que ce cadre perdure.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, l'Institution est fondée à apporter les aménagements nécessaires, selon le cas, au niveau des cotisations et/ou des garanties.

De même, en raison des résultats du contrat, l'Institution pourra effectuer les aménagements nécessaires à apporter au niveau des cotisations et/ou des garanties.

## **B – Avenant au contrat**

Les modifications apportées à la présente convention font l'objet d'un avenant adressé à l'Adhérente.

L'Adhérente dispose d'un délai de trente jours, à compter de l'envoi de l'avenant portant modification, pour signifier expressément à l'Institution son éventuel refus. Le refus entraîne la résiliation du contrat au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le délai susvisé expire.

Passé ce délai de trente jours, l'Adhérente est réputée avoir accepté les termes de l'avenant.

## **C – Incidences des révisions**

Les modifications des garanties ou du niveau des garanties ne visent que les sinistres dont la survenance est postérieure à la date d'effet de la modification de l'adhésion à la présente convention.

# Titre 3 - Affiliation des Participants

## Article 16 - Conditions – Modalités d'affiliation

### A -- Conditions d'affiliation

Seuls les salariés relevant du régime général obligatoire, de la Mutualité sociale agricole ou du régime local Alsace-Moselle peuvent bénéficier de la présente convention.

Pour être affilié, le salarié doit appartenir à la catégorie du personnel définie au certificat d'adhésion.

### B – Modalités d'affiliation

L'ensemble du personnel relevant de la catégorie des salariés assurée est affilié à titre obligatoire.

L'Adhérente transmet à l'Institution le bulletin d'affiliation dûment renseigné par chaque Participant, dans un délai de 30 jours suivant :

- soit la date d'effet de l'adhésion ;
- soit la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée (embauche, promotion, mutation...).

L'Adhérente est responsable de l'affiliation au contrat de tous les salariés relevant de la catégorie assurée. Elle doit ainsi s'assurer que l'Institution a bien reçu les bulletins de tous les salariés ayant vocation à bénéficier des garanties de la présente convention qu'elle a souscrite.

## Article 17 - Bénéficiaires

Le Participant assuré est bénéficiaire de la garantie prévue à la présente convention pour les Frais de soins de santé engagés pour lui-même.

Il a également droit, dans les conditions prévues aux Dispositions Spécifiques, au remboursement des frais engagés **par ses ayants droit à charge** tels que définis ci-après :

### Le conjoint à charge

Est considéré comme conjoint à charge :

- l'époux(se) du Participant, non divorcé(e), non séparé(e) de corps judiciairement,
- le partenaire lié au Participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),
- le concubin : personne vivant sous le même toit que le Participant, libre de tout lien marital ou lien de PACS, entretenant une relation stable et continue avec le Participant ;

**et sous réserve de justifier de la qualité d'assuré social et d'absence de perception d'un revenu d'activité ou de remplacement.**

### Les enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge :

- les enfants âgés de moins de 18 ans à charge au sens de la Sécurité sociale de l'assuré ou de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin, ainsi que les enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation de moins de 18 ans,
- **les** enfants de l'assuré ou de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin 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 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 bénéficiaires

Les enfants, le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin du Participant, 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 l'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 du 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 du 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 des 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

## Article 17 BIS - Extension de la garantie aux ayants droit non à charge à titre facultatif

Moyennant le paiement d'une cotisation, peuvent également bénéficier des couvertures Frais de soins de santé sous réserve d'en faire la demande, les ayants droit non à charge de l'assuré.

### Sont considérés comme ayants droit non à charge :

- **conjoint non à charge** : le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'assuré ne remplissant pas la définition du conjoint à charge, sous réserve de justifier de sa qualité d'assuré social ;
- **les enfants du conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin 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 ;
- **les enfants de l'assuré, de son 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 l'enfant** couvert par le régime au titre d'ayant droit d'un assuré ou d'un adhérent facultatif. Les cotisations des garanties facultatives sont indiquées sur le bulletin d'affiliation.

## **Article 18 - Date d'affiliation et date d'effet de la garantie**

Sous réserve du respect des conditions et modalités ci-dessus, la qualité de Participant est acquise :

- à la date d'effet de l'adhésion précisée au certificat d'adhésion, lorsque le salarié est présent dans l'effectif de l'Entreprise à cette date et fait partie de la catégorie assurée ;
- à la date d'embauche ou de changement de catégorie professionnelle lorsque celle-ci est postérieure à la date d'effet de l'adhésion à la présente convention.

Le salarié bénéficie de la garantie Frais de soins de santé à compter de la date d'affiliation. Seuls les frais engagés pour des soins postérieurs à la date d'affiliation seront pris en charge.

## **Article 19 - Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail**

### **A – Maintien de l'affiliation**

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation de l'employeur (notamment congés payés, arrêts de travail pour maladie ou accident, arrêts de travail pour maternité, paternité ou adoption, activité partielle...), les salariés et, le cas échéant, leurs ayants droit à charge au sens de la présente convention, bénéficient du maintien de la garantie Frais de soins de santé.

Par indemnisation de l'employeur, il convient d'entendre les situations dans lesquelles le salarié bénéficie d'un maintien total ou partiel de salaire par son employeur ou bien de tout revenu de remplacement (indemnité d'activité partielle, indemnités journalières complémentaires, rente d'invalidité...) financé au moins pour partie par l'employeur ou versé directement par ce dernier ou pour son compte par un tiers.

Ce maintien donne lieu au paiement, par les employeurs comme par les salariés, des cotisations dans les conditions énoncées au Titre V.

### **B – Suspension de l'affiliation**

La garantie est suspendue de plein droit en cas de suspension du contrat de travail du Participant d'une durée supérieure ou égale à un mois, sans maintien de la rémunération (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé de proche aidant, congé sans solde tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié...).

La suspension de la garantie intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'Entreprise Adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de la catégorie de salariés assurée telle que définie au certificat d'adhésion.

Toutefois, en cas de congé sans solde, pris en une ou plusieurs fois, d'une durée d'au plus 30 jours ouvrables par année civile, le salarié peut bénéficier du maintien de la garantie de base obligatoire moyennant le paiement de la seule cotisation forfaitaire assise sur le plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Les Participants dont le contrat de travail est suspendu suite à un congé sans solde, un congé individuel de formation, un congé parental d'éducation ou un congé sabbatique, peuvent bénéficier à titre onéreux d'un maintien de la garantie Frais de soins de santé dans les conditions définies à l'Annexe IV.2 de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997.

## **Article 20 - Cessation de l'affiliation du Participant**

Sous réserve des cas de maintien des garanties prévus au Titre 4, l'affiliation du Participant cesse de plein droit dans les cas suivants :

- résiliation de l'adhésion, par l'une des parties dans les conditions prévues aux présentes Conditions générales ;
- rupture du contrat de travail du Participant ;
- cessation d'activité ou disparition de l'Adhérente ;
- passage du salarié dans une catégorie de personnel non visée au certificat d'adhésion ;
- liquidation de la pension vieillesse du Participant, sauf situation de cumul emploi-retraite au sein de l'Entreprise ;
- décès du Participant.

# Titre 4 - Maintien de la Garantie Frais de soins de santé au bénéfice du Participant

## Article 21 - Maintien au titre de la portabilité prévue à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale

### A – Conditions

En cas de rupture du contrat de travail, les garanties dont bénéficiaient les Participants sont maintenues, à condition que la cessation du contrat de travail ne soit pas consécutive à une faute lourde et que l'ancien salarié soit pris en charge par le régime de l'Assurance Chômage.

Le maintien des garanties est également subordonné à la condition que les droits aient été ouverts chez le dernier employeur.

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

### B – Formalités

Pour bénéficier de la portabilité des droits, l'ancien salarié doit retourner à l'Institution le bulletin de demande de portabilité dûment complété et signé.

Il incombe à l'Adhérente d'informer le Participant de ce droit.

### C – Date d'effet et durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de rupture du contrat de travail.

Ce maintien est accordé pendant la période d'indemnisation par l'Assurance Chômage pour une durée équivalente à celle du dernier contrat de travail du salarié ou, le cas échéant, de ses 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.

### D – Bénéficiaires

L'ancien salarié ainsi que ses ayants droit déjà affiliés lors de la cessation du contrat de travail bénéficient du maintien des garanties.

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

### E – Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise. Ainsi, toute révision du contrat sera répercutée sur la couverture des bénéficiaires du maintien des droits.

### F – 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 des périodes postérieures à la rupture du contrat de travail pour l'employeur et l'ancien salarié.

### G – Obligations déclaratives

L'ancien salarié s'engage à fournir à l'Institution :

- à l'ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial d'indemnisation par le régime d'Assurance Chômage ;
- trimestriellement, l'attestation de paiement des allocations Chômage ou le cas échéant, les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. L'Institution pourra réclamer cette attestation à chaque demande de prise en charge par le Participant.



## **H – Cessation du maintien des garanties**

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de portabilité ;
- au décès de l'ancien salarié ;
- 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 cessation d'activité de l'entreprise ou lorsqu'il n'y a plus de salariés actifs dans l'entreprise.
- en cas de résiliation de l'adhésion à la présente convention.

### **Article 22 - Pour les ayants droit du Participant décédé en activité**

En cas de décès d'un Participant en activité, les ayants droit définis à l'article 17 des présentes Dispositions Générales bénéficient gratuitement de la présente garantie Frais de soins de santé pendant un an à condition d'en faire la demande au plus tard dans les 6 mois qui suivent le décès du Participant. Ensuite, le maintien de la garantie peut être accordé en contrepartie d'une cotisation dans les conditions décrites à l'Annexe IV.2 de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997.

### **Article 23 - Maintien de la garantie Frais de soins de santé à titre onéreux**

#### **A - Suite à rupture du contrat de travail**

Le maintien de la garantie Frais de soins de santé sans condition de durée peut être accordé aux anciens Participants de l'Entreprise Adhérente (et les membres de leur famille le cas échéant) moyennant le versement d'une cotisation dès lors qu'ils se trouvent dans une des situations suivantes :

- licenciés depuis plus de 6 mois, sous réserve de justifier d'une indemnisation par le pôle emploi,
- anciens Participants à l'issue de la période de maintien gratuit définie à l'article 22 des présentes Dispositions Générales (portabilité),
- bénéficiaires d'indemnités journalières par suite de maladie, d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou d'invalidité lors du licenciement,
- préretraité,
- bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle, et sous réserve qu'ils perçoivent l'allocation spécifique correspondante,
- retraités et bénéficiant, à ce titre, de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- ayants droit d'un Participant décédé en activité,
- ayants droit d'un ancien Participant décédé.

#### **B – Suite à suspension du contrat de travail**

Les Participants dont le contrat de travail est suspendu suite à :

- un congé sans solde,
- un congé parental d'éducation,
- un congé individuel de formation,
- un congé sabbatique,

peuvent bénéficier d'un maintien de la garantie Frais de soins de santé dans les conditions indiquées à l'Annexe IV.2 de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 pendant toute la durée du congé.

## **C – Modalités de la demande d'adhésion**

La demande d'adhésion est admise si elle est présentée :

- dans les 6 mois suivant la date de rupture du contrat de travail pour l'ancien Participant et sa famille à garantir ;
- dans les 6 mois suivant la date du décès du Participant en ce qui concerne les membres de sa famille bénéficiant de la garantie ;
- dans les 6 mois suivant la date de cessation d'un maintien des droits pour l'ancien Participant ou les membres de sa famille bénéficiant de la garantie ;
- dans le mois suivant la date de suspension du contrat de travail dans les autres cas.

Sous réserve du paiement de la cotisation, la garantie devient effective :

- dès le 1<sup>er</sup> jour de cessation de la garantie du contrat des actifs si la demande est présentée dans les délais précisés ci-dessus ;
- le lendemain de la demande si celle-ci est présentée au-delà des délais.

## **D – Au titre de la Loi Evin**

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Evin, peuvent bénéficier du maintien des garanties à titre individuel, sans condition de période probatoire ni d'examens ou de questionnaires médicaux :

- les anciens salariés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou la fin de la période du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits ;
- les personnes garanties du chef du Participant décédé, pendant une durée minimum de 12 mois à compter du décès sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'employeur en informe l'Institution, qui adresse la proposition de maintien des garanties à ces personnes dans le délai de deux mois à compter de la rupture du contrat de travail ou du décès. Le nouveau contrat prévoit sa date d'effet, ses modalités et ses conditions tarifaires.

# Titre 5 - Cotisations

## Article 24 - Assiette et montant des cotisations

### A - Principes de base

La garantie est assurée par l'Institution en contrepartie du paiement d'une cotisation :

- d'une part, exprimée en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- et d'autre part, assise sur la rémunération annuelle brute, y compris les éléments variables, de chaque Participant telle qu'elle est retenue pour le calcul de l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale. En cas de suspension du contrat de travail indemnisée ou rémunérée donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement dans les conditions de l'article 19 A, l'assiette des cotisations est constituée de l'indemnisation versée au salarié (indemnisation légale, complétée le cas échéant, d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur).

Cette rémunération est limitée à une ou plusieurs des tranches suivantes :

#### *Tranche A*

Fraction de la rémunération dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale.

#### *Tranche B*

Fraction de la rémunération supérieure au montant du plafond annuel de la Sécurité sociale et inférieure ou égale à quatre fois ce même plafond.

Les tranches soumises à cotisation et les taux de cotisation applicables à l'assiette ainsi définie sont indiqués au Titre I des Dispositions Spécifiques.

La cotisation est calculée en fonction de la date d'entrée et de sortie de chaque Participant dans l'Entreprise Adhérente ou la catégorie assurée.

### B – Particularités

#### *Salariés à temps partiel*

Pour chaque Participant exerçant une activité à temps partiel :

- la cotisation assise sur la rémunération annuelle brute telle que définie ci-dessus, est due sur le salaire perçu par le Participant,
- la cotisation exprimée en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale est une somme forfaitaire. Elle est due dans son intégralité quelle que soit la durée de travail stipulée au contrat de travail.

#### *Salariés à employeurs multiples*

Les cotisations assises sur la rémunération annuelle brute sont dues sur le salaire perçu par le Participant.

La cotisation exprimée en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale fait l'objet d'un partage par quotes-parts égales en fonction du nombre d'employeurs.

Cette répartition du montant de la cotisation « multi-employeurs » est indiquée au Titre 1 des Dispositions Spécifiques.

Pour l'appréciation de la qualité de salarié multi - employeurs, seuls sont pris en compte les employeurs auprès desquels le salarié ne bénéficie pas d'une dispense d'affiliation.

#### *Salariés en arrêt de travail*

En cas d'arrêt de travail (Incapacité de travail, Invalidité, Maternité/Paternité/Adoption/Deuil d'un enfant) d'un assuré dont le contrat de travail n'est pas rompu donnant lieu au paiement de prestations en espèces de la Sécurité sociale, les cotisations assises sur le traitement sont dues sur le salaire ou fraction de salaire versé à l'assuré, la cotisation assise sur le plafond de la Sécurité sociale étant due en totalité tant qu'il existe une cotisation sur salaire ou tant que le salarié bénéficie de prestations versées par l'intermédiaire de l'employeur.

## **Article 25 - Paiement des cotisations**

L'Adhérente est seule responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de l'Institution. De ce fait, elle procède à leur calcul et au versement à l'Institution. Les cotisations sont calculées et transmises mensuellement via la DSN et réglées au plus tard trimestriellement à terme échu.

L'Institution procède à l'ajustement des cotisations dues sur la base des informations contenues dans la DSN communiquée par l'Adhérente.

Cet ajustement donne lieu soit à un remboursement de trop perçu, soit à un paiement complémentaire par l'Entreprise Adhérente.

## **Article 26 - Défaut de paiement des cotisations**

Conformément à l'article L.932-9 du Code de la Sécurité sociale, en cas de non-paiement de l'intégralité des cotisations dans les 10 jours suivant l'échéance, l'Entreprise Adhérente est mise en demeure d'effectuer le règlement par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception.

La garantie Frais de soins de santé est suspendue 30 jours après la date de mise en demeure si le paiement n'a pas été effectué.

L'adhésion à la présente convention sera résiliée 40 jours après la date de mise en demeure restée infructueuse.

En tout état de cause, l'Institution poursuivra le recouvrement des cotisations dues et éventuelles majorations de retard. Les frais engagés à cet effet seront entièrement à la charge de l'Adhérente.

# Titre 6 - Prestations

## Article 27 - Définition des prestations

L'Institution complète les prestations en nature versées par la Sécurité sociale française en remboursement des frais de santé engagés par le Participant et par ses éventuels ayants droit, selon les garanties souscrites définies aux tableaux des prestations et dans la limite des frais réellement engagés :

### Soins courants :

- Honoraires médicaux
- Honoraires paramédicaux
- Autres honoraires
- Actes d'imagerie
- Analyses et examens de laboratoire
- Médicaments
- Matériel médical

### Hospitalisation

- Honoraires
- Forfait journalier hospitalier
- Frais de séjour

### Dentaire

- Soins
- Soins et prothèses 100% santé
- Autres prothèses
- Orthodontie

### Optique

- Équipement 100 % santé
- Équipement prix libres
- Lentilles
- Chirurgie réfractive

### Aides auditives

- Équipement 100 % santé
- Équipement prix libres

### Divers

- Cures thermales
- Transport

Les frais de santé suivants non remboursés par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une prise en charge par l'Institution, selon les dispositions prévues au tableau de prestations :

- chambre particulière et frais d'accompagnement ;
- prothèse dentaire, orthodontie, parodontologie et implantologie ;
- lentilles ;
- vaccins et médicaments prescrits ;
- actes de prévention tels que consultations diététiques, sevrage tabagique ;

- médecine douce : étiopathie, chiropractie, homéopathie, ostéopathie, acupuncture, naturopathie, psychologie, psychomotricité, ...

Concernant 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.

### *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.

### *Naissance 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. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour l'assuré.

Cette prise en charge concerne :

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

#### **Équipement optique prix libres (classe B)**

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

#### **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 prix limites de vente (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.

## 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<sup>er</sup> 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	<b>Deux verres unifocaux (verres simples)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre 6,00 et + 6,00 dioptries ;</li><li>• 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 ;</li><li>• 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</li></ul>
B	<b>Équipement comportant un verre A (verre simple) et un verre C (verre complexe)</b>
C	<b>Verre unifocal (verre complexe)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;</li><li>• 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 ;</li><li>• 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 ;</li><li>• Équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries</li></ul> <b>ou verre multifocal ou progressif (verre complexe)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre 4,00 et + 4,00 dioptries ;</li><li>• 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 ;</li><li>• 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</li></ul>
D	<b>Équipement comportant un verre A (verre simple) et un verre F (verre très complexe)</b>
E	<b>Équipement comportant un verre C (verre complexe) et un verre F (verre très complexe)</b>
F	<b>Deux verres multifocaux ou progressifs (verres très complexes)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de 4,00 à + 4,00 dioptries ;</li><li>• 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 ;</li><li>• 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 ;</li><li>• Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.</li></ul>

## 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.

### Actes prothétiques du panier à honoraires maîtrisés

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

### Actes prothétiques du panier à honoraires libres

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

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 1 <sup>ère</sup> prémolaire Couronne céramique-monolithique (zircone) hors molaire Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1 <sup>ère</sup> prémolaire	Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2 <sup>e</sup> prémolaire et molaire Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire Couronne céramo-métallique sur 2 <sup>e</sup> 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.

### **Aides auditives à prix libres (classe II)**

La garantie respecte le plafond de prise en charge prévue par la réglementation (1700 euros par appareil y compris le remboursement de la Sécurité sociale).

Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles et des accessoires.

### **Piles et accessoires**

Les piles et autres accessoires prescrits sont pris en charge à hauteur de la garantie prévue aux Dispositions spécifiques, 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 depuis le 1<sup>er</sup> 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 française, dans les limites des garanties souscrites définies aux tableaux des prestations. **Les actes hors nomenclature, non remboursés par la Sécurité sociale française, réalisés à l'étranger, ne sont jamais remboursés.**

## **Article 28 - Montant des prestations**

Le montant des prestations pour chaque acte est défini aux Dispositions Spécifiques.

Les prestations versées par l'Institution viennent en complément des prises en charge de la Sécurité sociale et le cas échéant, de celles d'un autre organisme assureur, dans la limite des frais réels engagés.

## **Article 29 - Paiement des prestations**

Le paiement des prestations intervient généralement dans les 8 jours ouvrés qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits. Ce paiement est effectué par virement sur le compte bancaire du Participant. Toutefois, ce délai peut être plus long si des renseignements complémentaires sont nécessaires au traitement du dossier.

Tout assuré régulièrement inscrit au régime de la Sécurité sociale peut bénéficier du système de télétransmission NOEMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) pour simplifier les démarches administratives et accélérer le remboursement.

## **Article 30 - 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 la charge du Participant, 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.

## Article 31 - 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.

## Article 32 - Prescription

Toutes les actions dérivant de la présente convention sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois 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 l'Entreprise Adhérente, du Participant ou de l'ayant 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 l'Entreprise Adhérente, le Participant, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

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

## Article 33 - Subrogation

L'Institution est subrogée au Participant ou à ses ayants droit victime d'un accident dans leur action contre le tiers responsable pour le sinistre pris en charge, dans la limite des prestations versées.

## Article 34 - Contrôle médical

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

Si le Participant conteste les conclusions du médecin mandaté par l'Institution relatives à son état de santé, il peut se faire assister de son médecin traitant lors d'un entretien amiable avec le médecin conseil.

À défaut d'accord entre les deux médecins sur la nécessité ou la réalité des soins, les parties désignent d'un commun accord un médecin tiers, dans un délai d'un mois.

En cas de désaccord sur la désignation de ce médecin tiers, la partie la plus diligente dépose une requête auprès du 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 et les honoraires du médecin tiers sont répartis à parts égales entre les parties.

### **Article 35 - Événements exclus**

**Sauf exceptions prévues aux Dispositions Spécifiques, ne donnent pas lieu à garantie et 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.**

### **Article 36 - Documents nécessaires au règlement des prestations**

Les documents justificatifs à fournir pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-après. Le Participant doit 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 : Consultation généraliste Consultation ou acte de spécialiste Analyses et examens de laboratoire Auxiliaire médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>décomptes originaux délivrés par l'Assurance maladie,</li> <li>les factures originales acquittées mentionnant les frais engagés au titre des dépassements d'honoraires.</li> </ul>
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>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,</li> <li>le reçu du ticket modérateur indiquant la nature des soins.</li> </ul>
Cures thermales	<ul style="list-style-type: none"> <li>décompte original de la Sécurité sociale,</li> <li>les factures détaillées mentionnant les frais d'hébergement, de transports, de soins et d'honoraires des médecins.</li> </ul>
Prothèses dentaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>original de la facture détaillée acquittée précisant la codification des travaux effectués,</li> <li>décompte original de la Sécurité sociale.</li> </ul>
Orthodontie	<ul style="list-style-type: none"> <li>facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et fin de semestre,</li> <li>notification éventuelle de refus de prise en charge par la Sécurité sociale.</li> </ul>
Parodontologie et Implants	<ul style="list-style-type: none"> <li>facture originale détaillée et acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués.</li> </ul>
Médicaments non remboursés ou non remboursables par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>les factures originales, acquittées et détaillées, mentionnant le taux de TVA.</li> </ul>
Optique	<ul style="list-style-type: none"> <li>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"> <li>1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans,</li> <li>5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans,</li> <li>3 ans pour les patients âgés de plus de 42 ans.</li> </ul> </li> <li>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"> <li>1 an, pour les patients âgés de moins de 16 ans,</li> <li>3 ans, pour les patients âgés de 16 ans et plus.</li> </ul> </li> <li>en cas de renouvellement des verres correcteurs par l'opticien et sauf opposition du médecin prescripteur : <ul style="list-style-type: none"> <li>prescription médicale initiale,</li> <li>prescription médicale initiale mentionnant la correction réalisée par l'opticien lors du renouvellement.</li> </ul> </li> </ul>
Chirurgie réfractive	<ul style="list-style-type: none"> <li>facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés,</li> </ul>
Ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, acupuncteur, psychologue, psychomotricien, pédicure / podologue, réflexologue plantaire, diététicien, nutritionniste, naturopathe, homéopathe, phytothérapeute (seules les séances auprès de professionnels diplômés dans la spécialité peuvent être remboursées)	<ul style="list-style-type: none"> <li>facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés et faisant apparaître la qualification nécessaire du praticien.</li> </ul>
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale. Contraception non remboursée par la Sécurité sociale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>prescription médicale,</li> <li>facture originale détaillées et acquittée,</li> </ul>
Participation aux frais de maternité ou d'adoption	<ul style="list-style-type: none"> <li>extrait d'acte de naissance de l'enfant né viable ou copie lisible du livret de famille,</li> <li>copie lisible du jugement définitif d'adoption.</li> </ul>
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou refusés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>le cas échéant, photocopie des notifications de refus de prise en charge par l'Assurance Maladie,</li> <li>facture originale détaillée et acquittée.</li> </ul>

# Titre 7 - Garanties facultatives

## Article 37 - Choix par le salarié des garanties facultatives

### A - Conditions d'affiliation

Le Participant, affilié à titre obligatoire au contrat de base conventionnel auprès de l'Institution a la possibilité de bénéficier à titre facultatif de garanties surcomplémentaires optionnelles et d'étendre la garantie à ses ayants droit non à charge tels que définis à l'article 17 B de la présente convention ; en remplissant un bulletin d'affiliation spécifique.

Les Participants se prévalant d'une dispense d'affiliation au titre de la garantie de base conventionnelle obligatoire souscrite par l'entreprise ne peuvent pas bénéficier des garanties facultatives.

Les ayants droit du Participant bénéficiant des garanties 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 celle du Participant.**

### B - Entrée en vigueur de la garantie

Lorsque l'adhésion à la garantie de base obligatoire a pris effet, la garantie surcomplémentaire optionnelle facultative est effective aux dates suivantes :

- pour les Participants affiliés à la garantie surcomplémentaire optionnelle facultative lors de la prise d'effet de l'adhésion au contrat de base conventionnel, dès cette dernière date.
- pour les Participants affiliés à la garantie surcomplémentaire optionnelle facultative postérieurement à la date d'effet de l'adhésion au contrat de base conventionnel, au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'affiliation.
- pour les ayants droit : les membres de la famille sont affiliés à la même date que le Participant. En cas d'affiliation postérieure à celle du Participant, 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.

### C - 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<sup>er</sup> jour du mois suivant, si le bulletin est reçu par l'Institution entre le 1<sup>er</sup> et le 15 du mois en cours,
- le 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>e</sup> 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 situation familiale :
  - naissance ou adoption d'un enfant à charge,
  - mariage ou divorce du Participant,
  - début ou fin de Pacte Civil de Solidarité conclu avec le Participant,
  - début ou fin de concubinage du Participant,
  - décès de l'un de ses ayants droit,
- modification importante du contrat de travail du Participant (par exemple, passage d'un emploi à temps plein à temps partiel).

### D - Résiliation des garanties facultatives

L'affiliation à l'option surcomplémentaire et l'extension de la garantie aux ayants droit non à charge peuvent être résiliées par le Participant par l'un des moyens suivants :

- lettre ou tout autre support durable ;
- déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- 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 au Participant en précisant la date d'effet. Celle-ci sera effective un mois après que l'Institution en a reçu notification par le Participant.
- En cas de refus par le Participant de la modification du contrat par l'Institution (révision des cotisations ou modification des garanties), dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.

**En cas de résiliation, le Participant ne pourra 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.**

## Article 38 - Paiement des cotisations

### A - Principe

Le montant des cotisations exprimé en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale est indiqué aux Dispositions Spécifiques.

Le Participant est seul responsable du paiement de l'intégralité des cotisations dues au titre des garanties facultatives qu'il aura choisies.

Le paiement est effectué mensuellement à terme à échoir par prélèvement bancaire sur le compte du Participant. À ce titre, il remet 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.

### B - Incidence du défaut de paiement

Le Participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu de l'adhésion. À défaut de paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure, recommandée avec accusé de réception, sera adressée au Participant par l'Institution. Les garanties facultatives seront suspendues trente jours après la mise en demeure, puis l'affiliation de ce Participant 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 du Participant acceptée par courrier de l'Institution, constituer une remise en vigueur tacite des garanties.

### C - Renonciation

Le Participant peut renoncer au bénéfice des garanties facultatives par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 932-12-2 du Code de la Sécurité sociale pendant un délai de trente jours calendaires révolus

À compter du moment où il est 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. Un projet de lettre de renonciation est joint à la notice d'information.

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

# DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

## Titre 1 - Taux de cotisations

### A – Généralités

Le financement de la garantie Frais de soins de santé est assuré conjointement par le Participant et l'Entreprise Adhérente.

La cotisation est exprimée en pourcentage du salaire brut mensuel (limité à TA et TB) et en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale.

Elle est due pour chaque Participant en fonction de sa date d'entrée et de sortie de l'Entreprise Adhérente.

### B – Régime Professionnel Obligatoire (RPO)

#### *Pharmacies situées hors Alsace-Moselle*

Risque	Frais de soins de santé	
Assiette	Salaire brut total dans la limite de TA/TB	Plafond mensuel de la Sécurité sociale
Employeur	0,48 %	0,50 %
Salarié	0,29 %	0,50 %
<b>TOTAL</b>	<b>0,77 %</b>	<b>1,00 %</b>

#### *Salariés multi-employeurs*

Les cotisations assises sur la rémunération annuelle brute, définies ci-dessus, sont dues sur le salaire perçu par le Participant dans chaque officine.

La cotisation exprimée en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale fait l'objet d'un partage par quotes-parts égales en fonction du nombre d'employeurs.

Taux de cotisations en % du plafond mensuel de la Sécurité sociale	Nombre d'employeurs			
	1	2	3	4 et +
Employeur	0,500%	0,250%	0,165%	0,125%
Salarié	0,500%	0,250%	0,165%	0,125%
<b>TOTAL</b>	<b>1,000%</b>	<b>0,500%</b>	<b>0,330%</b>	<b>0,250%</b>

#### *Pharmacies situées en Alsace-Moselle*

Risque	Frais de soins de santé	
Assiette	Salaire brut total dans la limite de TA/TB	Plafond mensuel de la Sécurité sociale
Employeur	0,37 %	0,35 %
Salarié	0,17 %	0,35 %
<b>TOTAL</b>	<b>0,54 %</b>	<b>0,70 %</b>

### Salariés multi-employeurs

Les cotisations assises sur la rémunération annuelle brute, **définies** ci-dessus, sont dues sur le salaire perçu par le Participant dans chaque officine.

La cotisation exprimée en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale fait l'objet d'un partage par quotes-parts égales en fonction du nombre d'employeurs

Taux de cotisations en % du plafond mensuel de la Sécurité sociale	Nombre d'employeurs			
	1	2	3	4 et +
Employeur	0,350 %	0,175 %	0,115 %	0,090 %
Salarié	0,350 %	0,175 %	0,115 %	0,090 %
<b>TOTAL</b>	<b>0,700 %</b>	<b>0,350 %</b>	<b>0,230 %</b>	<b>0,180 %</b>

## C - GARANTIES FACULTATIVES

Adhésion facultative (en % du Plafond mensuel de la Sécurité sociale)

Surcomplémentaire	Adulte	Enfant
Renfort 1	0,40 %	0,25 %
Renfort 2	0,60 %	0,35 %
Renfort 3	0,95 %	0,55 %

Extension aux ayants droit non à charge définis au contrat.  (en % du Plafond mensuel de la Sécurité sociale)	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 %



# Titre 2 - Tableaux des prestations

## A - Régime Professionnel Obligatoire (RPO)

RÉGIME GÉNÉRAL	
Nature des actes	Remboursements sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>	
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
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b>	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...)	100 % de la BR
<b>ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, ...)</b>	
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
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>	100 % de la BR
<b>MÉDICAMENTS</b>	
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 <sup>1</sup>
<b>MATÉRIEL MÉDICAL inscrit à la Liste des Produits et Prestations (LPP)</b>	
Grand appareillage	230 % de la BR
Prothèses capillaires remboursées par la SS	525 € par an et par bénéficiaire <sup>2</sup>
Autre matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - lits médicaux, accessoires, ...	150 % de la BR

RÉGIME GÉNÉRAL	
Nature des actes	Remboursements sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
<b>AUTRES SOINS COURANTS</b>	
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la SS	100 % de la BR
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>HONORAIRES</b>	
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
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	Prise en charge intégrale
<b>FRAIS DE SÉJOUR</b>	
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
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>	
Chambre particulière par jour	75 €
Frais d'accompagnant par jour (si hospitalisation d'un enfant à charge)	30 €
<b>FORFAIT ACTES LOURDS</b>	Prise en charge intégrale
<b>FORFAIT PATIENT URGENCES</b>	Prise en charge intégrale
<b>DENTAIRE</b>	
<b>SOINS</b>	
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	100 % de la BR
<b>SOINS ET PROTHÈSES « 100 % SANTÉ »</b>	
Soins et prothèses « 100 % Santé » (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation
<b>PROTHÈSES</b>	
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

RÉGIME GÉNÉRAL	
Nature des actes	Remboursements sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
Actes prothétiques non remboursés par la SS (uniquement sur dents vivantes)	300 % de la BRR
<b>AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSÉS PAR LA SS</b>	
Parodontologie - Forfait / an / bénéficiaire	200 €
Implantologie - Forfait / an / bénéficiaire	400 € par implant limité à 2 implants par an (implant et pilier implantaire)
<b>ORTHODONTIE</b>	
Orthodontie remboursée par la SS	326 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS	326 % de la BRR
<b>OPTIQUE</b> 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.	
<b>ÉQUIPEMENT « 100 % SANTÉ » (*)</b>	
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
<b>ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)</b>	
Verre simple	80 € par verre
Verre complexe	130 € par verre
Verre très complexe	200 € par verre
Monture	100 €
<b>PRESTATION D'ADAPTATION</b>	
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
<b>LENTILLES</b>	
Lentilles correctrices	
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables)	200 € par an et par bénéficiaire <sup>2</sup>
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	130 € par an et par bénéficiaire
<b>AIDE AUDITIVE</b> Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille	
<b>ÉQUIPEMENT « 100 % SANTÉ » (*)</b>	
Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
<b>AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)</b>	
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 <sup>2</sup>
Aide auditive remboursée par la SS pour les personnes de moins de 20 ans et les adultes atteints de cécité	1400 € par appareil <sup>2</sup>

RÉGIME GÉNÉRAL	
Nature des actes	Remboursements sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
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<sup>er</sup> 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
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>	
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
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b>	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...)	130 % de la BR
<b>ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, ...)</b>	
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
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>	130 % de la BR
<b>MÉDICAMENTS</b>	
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 <sup>1</sup>
<b>MATÉRIEL MÉDICAL inscrit à la Liste des Produits et Prestations (LPP)</b>	
Grand appareillage	230 % de la BR
Prothèses capillaires remboursées par la SS	525 € par an et par bénéficiaire <sup>2</sup>
Autre matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - lits médicaux, accessoires, ...	150 % de la BR
<b>AUTRES SOINS COURANTS</b>	
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
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>HONORAIRES</b>	
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
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	Prise en charge intégrale
<b>FRAIS DE SÉJOUR</b>	
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
<b>FORFAIT PATIENT URGENCES</b>	Prise en charge intégrale
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>	
Chambre particulière par jour	75 €
Frais d'accompagnant par jour (si hospitalisation d'un enfant à charge)	30 €
<b>DENTAIRE</b>	
<b>SOINS</b>	
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	120 % de la BR
<b>SOINS ET PROTHÈSES « 100 % SANTÉ »</b>	
Soins et prothèses « 100 % Santé » (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation
<b>PROTHÈSES</b>	
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
<b>AUTRES ACTES DENTAIRE NON REMBOURSÉS PAR LA SS</b>	
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)
<b>ORTHODONTIE</b>	
Orthodontie remboursée par la SS	326 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS	326 % de la BRR
<b>OPTIQUE</b> 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.	
<b>ÉQUIPEMENT « 100 % SANTÉ » (*)</b>	
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
<b>ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)</b>	
Verre simple	80 € par verre
Verre complexe	130 € par verre
Verre très complexe	200 € par verre
Monture	100 €
<b>PRESTATION D'ADAPTATION</b>	
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
<b>LENTILLES</b>	
Lentilles correctrices	
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables)	200 € par an et par bénéficiaire <sup>2</sup>
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	130 € par an et par bénéficiaire
<b>AIDE AUDITIVE</b> Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille	
<b>ÉQUIPEMENT « 100 % SANTÉ » (*)</b>	
Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
<b>AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)</b>	
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 <sup>2</sup>
Aide auditive remboursée par la SS pour les personnes de moins de 20 ans et les adultes atteints de cécité	1400 € par appareil <sup>2</sup>
<b>ACCESSOIRES REMBOURSÉS PAR LA SS</b>	220 % de la BR (y compris entretien)

RÉGIME ALSACE MOSELLE	
Nature des actes	Remboursements Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
<b>DIVERS</b>	
<b>CURES THERMALES</b>	
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire	
Cures thermales Honoraires	100 % du RSS + 20 € par jour
<b>NAISSANCE - ADOPTION</b>	
Forfait par enfant	250 €
Chambre particulière par jour	75 €
<b>TRANSPORT</b>	
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<sup>er</sup> 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.



## B - Garanties surcomplémentaires optionnelles facultatives

Nature des actes	Remboursements en complément du régime conventionnel		
	Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>			
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
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>			
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
<b>MÉDICAMENTS</b>			
Forfait vaccins et médicaments non remboursables et non remboursés par la SS	-	10 € par an et par assuré <sup>1</sup>	10 € par an et par assuré <sup>1</sup>
<b>MATÉRIEL MÉDICAL inscrit à la Liste des Produits et Prestations (LPP)</b>			
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)
<b>HOSPITALISATION</b>			
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>			
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)
<b>DENTAIRE</b>			
<b>PROTHÈSES</b>			
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	-	100 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation <sup>2</sup>	100 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation <sup>2</sup>
Inlays onlays remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	-	150 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation <sup>2</sup>	150 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation <sup>2</sup>
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
<b>AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SS</b>			
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)
<b>ORTHODONTIE</b>			
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
<b>OPTIQUE</b>			
<b>ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)</b>			
Verre simple	10 €	-	10 €
Verre complexe	130 €	-	130 €
Verre très complexe	100 €	-	100 €
<b>LENTILLES</b>			
Lentilles correctrices remboursées ou non par la SS (y compris jetables)	50 € par an et par bénéficiaire	-	50 € par an et par bénéficiaire
<b>Chirurgie réfractive (pour les 2 yeux)</b>	Forfait global de 650 € par an et par bénéficiaire	-	Forfait global de 650 € par an et par bénéficiaire
<b>PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCE<sup>3</sup></b>			
<b>FORFAIT GLOBAL MÉDECINE DOUCE</b>	100 € par an et par bénéficiaire	-	100 € par an et par bénéficiaire
Acupuncture	Inclus	-	Inclus
Ostéopathie	Inclus	-	Inclus
Chiropraxie	Inclus	-	Inclus
Etiopathie	Inclus	-	Inclus
Psychomotricité	Inclus	-	Inclus
Psychologie	Inclus	-	Inclus
<b>FORFAIT GLOBAL MÉDECINE DOUCE 2</b>	-	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
<b>FORFAIT GLOBAL PRÉVENTION</b>	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			
<b>NAISSANCE - ADOPTION</b>			
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<sup>er</sup> 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.

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

