



Etablissements d'Enseignement Privés

Sous Contrat

Régime de Frais de Santé EEP SANTE

- Accord Collectif Frais de Santé du 31 janvier 2022 –
- Avenant n°1 du 4 novembre 2022
- Avenant n°2 du 27 novembre 2023
- Avenant n°3 du 25 novembre 2024

CONDITIONS GENERALES

Ensemble du personnel salarié

**Les dispositions des présentes Conditions Générales
s'appliquent
à compter du 1er janvier 2025**

38-42 rue Cuvier – CS 80 002 – 93102 Montreuil Cedex
Tél : 01 58 64 41 00

www.uniprevoyance.fr

Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est l'Autorité de Contrôle Prudentiel
et de Résolution (ACPR) située : 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09

TABLE DES MATIERES

TITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES 7

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	7
ARTICLE 2 - ADHESION DES ETABLISSEMENTS	7
ARTICLE 3 - DUREE DU CONTRAT – RESILIATION DU CONTRAT	8
ARTICLE 4 - MODALITES D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	9
ARTICLE 5 - PRISE D’EFFET, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES	9
ARTICLE 6 - MAINTIENS DES GARANTIES	11
ARTICLE 7 - COTISATIONS	16
ARTICLE 8 - PRESTATIONS PRESENTANT UN DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE	18
ARTICLE 9 - PAIEMENT DES COTISATIONS	19
ARTICLE 10 - BORDEREAU NOMINATIF ANNUEL - FORMALITES	20
ARTICLE 11 - PRESTATIONS	20
ARTICLE 12 - PRESCRIPTION	20
ARTICLE 13 - FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE	21
ARTICLE 14 - ÉLECTION DE DOMICILE	21
ARTICLE 15 - INFORMATION DES PARTICIPANTS	21
ARTICLE 16 - FONDS SOCIAL	22
ARTICLE 17 - ORGANISME DE CONTROLE DES ASSURANCES	22
ARTICLE 18 - LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	22
ARTICLE 19 - RECLAMATIONS – MEDIATION	24
ARTICLE 20 - LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	24

TITRE 2 GARANTIE FRAIS DE SANTE 26

ARTICLE 21 - OBJET DE LA GARANTIE	26
ARTICLE 22 - BÉNÉFICIAIRES	26
ARTICLE 23 - ADHESION AU REGIME SOCLE OBLIGATOIRE	26
ARTICLE 24 - CHOIX DE NIVEAU DE COUVERTURE OPTIONNELLE	26
ARTICLE 25 - RESILIATION DES OPTIONS	27
ARTICLE 26 - CHANGEMENT DE NIVEAU DE COUVERTURE OPTIONNELLE	27
ARTICLE 27 - SUBROGATION	27
ARTICLE 28 - FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION – EXCLUSIONS	28
ARTICLE 29 - LE CONTRAT RESPONSABLE	28
ARTICLE 30 - COUVERTURE	29
ARTICLE 31 - DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE	38
ARTICLE 32 - PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	38
ARTICLE 33 - DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	39
ARTICLE 34 - DÉCHÉANCE	39

ANNEXE 1 GARANTIES ET SERVICES SANTE COMPLEMENTAIRES 40

PREAMBULE

Par accord collectif du 18 juin 2015, les partenaires sociaux de l'Interbranches des Etablissements d'Enseignement Privés sous contrat (EEP) ont instauré, un régime collectif frais de santé dénommé EEP SANTE, au bénéfice de l'ensemble du personnel salarié à effet du 1^{er} janvier 2016.

Par accord collectif du 31 janvier 2022 (annulant et remplaçant celui du 18 juin 2015), les partenaires sociaux de l'Interbranches des Etablissements d'Enseignement Privés sous contrat (EEP) ont souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé, un contrat d'assurance collective dénommé convention d'assurance dont sont extraites les présentes conditions générales.

Cet accord, modifié par l'avenant n°1 du 4 novembre 2022, l'avenant n° 2 du 27 novembre 2023 et l'avenant n°3 du 25 novembre 2024 s'impose à tous les employeurs relevant du champ d'application professionnel des conventions collectives et statuts suivants :

Numéro IDCC	Intitulé du texte applicable
3218	Convention collective de l'Enseignement privé non lucratif ¹
7520	Convention collective des personnels des établissements agricoles privés relevant du Conseil National de l'Enseignement Agricole Privé
	Statut du chef d'établissement de l'Enseignement catholique Statut du chef d'établissement d'un établissement du CNEAP ²

Les maîtres rémunérés par l'Etat (maîtres délégués suppléants et maîtres agréés à titre définitif ou provisoire) exerçant dans les classes sous contrat simple des établissements d'enseignement privés ou dans les établissements médico sociaux relevant du champ d'application mentionné ci-dessus, acquittent leur contribution auprès de l'établissement ou éventuellement auprès de l'assureur. L'établissement reste néanmoins redevable du paiement des cotisations.

L'accord s'applique en France métropolitaine et dans les départements et collectivités d'outre-mer, aux établissements d'enseignement privés entrant dans le champ d'application de l'accord collectif et à leurs salariés.

¹ Instituts et Universités catholiques, Etablissements ayant majoritairement des classes sous contrat, les structures et notamment les centres de formation qui leur sont rattachés ainsi que les structures concourant au fonctionnement des établissements ayant majoritairement des classes sous contrat de l'enseignement général, technologique et professionnel (FNOGEC, organisations professionnelles de chefs d'établissement, UDOGEC, UROGEC, DDEC, ISFEC, Formiris etc.)

² Conseil National de l'Enseignement Agricole Privé.

DEFINITIONS

Adhérent	Il s'agit de l'employeur, personne morale ou physique qui souscrit le contrat auprès de l'un des organismes assureurs recommandés, au profit de son personnel défini ci-après.
Participant ou membre participant	Il s'agit du (ou des) salarié(s) assuré(s).
Bénéficiaire	Il s'agit de la personne couverte par le contrat d'assurance collective souscrit par l'établissement et négocié par les partenaires sociaux pour la mise en œuvre de l'accord collectif du 31 janvier 2022.
Garantie	Il s'agit de l'engagement de l'organisme recommandé, en contrepartie du paiement de la cotisation prévue au contrat, de verser une prestation en cas de dépenses de frais de santé couvertes par le contrat, engagées au cours d'une période d'assurance.
Organisme(s) recommandé(s)	Il s'agit des assureurs, société d'assurance, mutuelle ou institution de prévoyance garantissant les prestations, recommandés par l'accord collectif du 31 janvier 2022.
Prestation	Il s'agit de l'exécution de la garantie par l'organisme assureur recommandé ayant recueilli le contrat de l'adhérent.
Sécurité sociale	Il s'agit de l'organisme gestionnaire d'un régime socle de Sécurité sociale (Régime Général, Régime Alsace Moselle, Mutualité Sociale Agricole).
Contrat d'adhésion	Le contrat d'adhésion est formé du bulletin d'adhésion et des conditions générales.
Base de remboursement	<p>Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2.</p> <p>On parle de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Tarif de convention (TC)</u> lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession. - <u>Tarif d'autorité (TA)</u> lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention. - <u>Tarif de responsabilité (TR)</u> pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.
Conventionné / non conventionné	<p>Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance obligatoire.</p> <p>Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) ait passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Professionnel de santé : les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif de

convention. Le tarif de convention est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à respecter.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire sur la base du tarif de convention.

Toutefois, les médecins conventionnés de « secteur 2 » sont autorisés à facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires. De manière générale, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la C2S (Complémentaire Santé Solidaire).

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention. Les professionnels de santé non conventionnés sont très peu nombreux.

- Etablissements de santé : les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement ait passé ou non un contrat avec l'Agence Régionale de Santé compétente. Dans un établissement de santé privé qui n'a pas passé de contrat avec une Agence Régionale de Santé, les frais à la charge du patient sont plus importants.

DROM

Départements et régions d'outre-mer, constitués de la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et la Réunion.

Entente préalable

Accord entre un assuré et la Sécurité sociale ou l'assureur santé, qui doit être obtenu avant la réalisation de certains actes médicaux ou avant l'obtention de certains traitements. Cela permet de s'assurer que les soins ou traitements en question sont nécessaires et adéquats, et que leur prise en charge financière est bien établie.

Franchise médicale

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Son montant, au 31 mars 2024 est de :

- 1€ par boîte de médicaments,
- 1€ par acte médical,
- 4€ par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50€ par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 4€ par jours pour les actes paramédicaux et pas plus de 8 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la C2S et de l'Aide Médicale d'Etat, femmes enceintes (du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgée d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Les franchises ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé « responsable », sinon le contrat est requalifié en « non responsable ».

Parcours de soins coordonné

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- A déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- Consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant. De même, pour certains soins, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les infirmiers exerçant en pratique avancée (IPA), les gynécologues, les ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

Participation forfaitaire

Participation forfaitaire de 2 €, au 15 mai 2024, laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes biologiques et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

Des enfants de moins de 18 ans ;

Des femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse ;

Et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) ou de l'Aide médicale de l'Etat (AME) ;

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50€ par année civile et par personne.

La participation forfaitaire de 2€ n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Territoire français

Il s'agit du territoire de la France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer (DROM).

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail etc.), ou selon que les soins sont dispensés dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24 €) pour certains actes dits « lourds ». La participation forfaitaire, les franchisés et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire responsable (sauf exceptions).

Travailleur frontalier

Personne résidant dans un pays voisin, traversant régulièrement la frontière entre les deux pays pour se rendre sur son lieu de travail.

TITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Les présentes conditions générales ont pour objet la mise en œuvre des garanties frais de santé de l'ensemble du personnel salarié des établissements d'enseignement privés sous contrat entrant dans le champ d'application de l'accord collectif visé ci-après.

Ce contrat prend place dans le cadre d'un dispositif composé :

- de l'accord collectif du 31 janvier 2022, relatif à la mise en place du régime collectif frais de santé dénommé EEP SANTE signé par les partenaires sociaux
- de l'avenant n°1 du 4 novembre 2022,
- de l'avenant n° 2 du 27 novembre 2023,
- de l'avenant n° 3 du 25 novembre 2024,
- de l'accord collectif du 31 janvier 2022, relatif à la recommandation d'organismes assureurs,
- de la convention d'assurance à effet du 1^{er} janvier 2024, signée entre les partenaires sociaux et les organismes recommandés,
- des présentes conditions générales, à effet du 1^{er} janvier 2025,
- du bulletin d'adhésion signé par l'établissement et l'organisme recommandé.

Le présent [TITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES](#) fixe les conditions dans lesquelles l'organisme recommandé assure au participant et à ses ayants droit conformément à l'accord collectif et en contrepartie des cotisations, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Les prestations garanties sont précisées au [TITRE 2 GARANTIE FRAIS DE SANTE](#).

Le contrat se compose :

- d'un régime socle à adhésion obligatoire pour le participant et à adhésion facultative pour ses ayants droit,
- d'un régime option 1 à adhésion facultative tant pour le participant que pour ses ayants droit,
- d'un régime option 2 à adhésion facultative tant pour le participant que pour ses ayants droit,
- d'un régime option 3 à adhésion facultative tant pour le participant que pour ses ayants droit.

L'établissement a la possibilité de rendre obligatoire l'une de ces options pour le participant, en lieu et place du socle. L'établissement indique alors son choix sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 2 - ADHESION DES ETABLISSEMENTS

L'établissement qui souhaite adhérer à l'organisme recommandé, remplit et signe un bulletin d'adhésion.

L'établissement représenté par le chef d'établissement, par toute personne dûment habilitée, ou par une personne morale, qui adhère à l'organisme recommandé pour ses salariés, est désigné sous le terme « adhérent » dans les présentes conditions générales.

Le salarié assuré sera désigné sous les termes « participant » ou « membre participant ».

L'engagement réciproque de l'adhérent et de l'organisme recommandé résulte de la signature par les deux parties du bulletin d'adhésion aux présentes conditions générales, sous réserve que le bulletin d'adhésion soit retourné signé par l'adhérent dans les trente jours suivant la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion.

L'organisme recommandé met à disposition de l'adhérent ses statuts afin notamment de l'informer des modalités de la participation de l'adhérent et des participants à la gouvernance de l'organisme assureur.

Les garanties de l'adhérent pour le régime socle à adhésion obligatoire (ou le cas échéant pour l'option rendue obligatoire) s'appliquent à l'ensemble des salariés-appelés à bénéficier du régime.

L'organisme recommandé notifiera à l'adhérent les éventuelles modifications du régime, issues d'un avenant à l'accord du 31 janvier 2022, ou issues de l'évolution législative et réglementaire, par l'envoi d'un avenant au contrat d'assurance.

ARTICLE 3 - DUREE DU CONTRAT – RESILIATION DU CONTRAT

Article 3.1 Durée du contrat

L'adhésion prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion et expire au 31 décembre suivant. Elle se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque exercice civil.

Article 3.2 Résiliation

L'adhésion peut être résiliée à l'initiative de l'adhérent :

- à l'échéance annuelle de son renouvellement, en notifiant la résiliation avec un préavis minimum de deux mois, la date d'expédition de la notification faisant foi pour le respect du délai,
- à tout moment sans frais ni pénalité, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification de résiliation.

La demande de résiliation peut, au choix, être notifiée conformément aux dispositions prévues par le Code de la Sécurité sociale, le Code des Assurances et le Code de la Mutualité :

- par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale d'Uniprévoyance : Service des Résiliations, 38-42 rue Cuvier – CS 80 002 – 93102 Montreuil Cedex,
- par voie électronique à : resiliationscollectives@uniprevoyance.fr,
- par tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur,
- par acte extrajudiciaire,
- lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

A réception de la notification, une confirmation écrite sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Par ailleurs, le nouvel assureur peut être mandaté pour notifier la demande de résiliation par lettre recommandée papier ou électronique et pour accomplir les formalités nécessaires à la continuité des couvertures.

Seule la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert est due (cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation). En cas de trop perçu, le solde sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues à [l'Article 9](#).

Si la résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation, les garanties sont maintenues, sous réserve du paiement des cotisations jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance. Le nouvel organisme assureur s'assure de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

L'adhésion prend fin lorsque le groupe assuré a disparu.

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties. Des maintiens de garantie sont cependant prévus dans les conditions fixées à [l'Article 6](#).

Sortie du champ d'application de l'accord collectif

L'adhérent, le cas échéant l'établissement l'ayant absorbé, doit informer par écrit sans délai l'organisme recommandé de tout changement d'activité ayant pour conséquence de le placer en dehors du champ d'application de l'accord collectif (notamment à l'occasion d'opérations de fusion-absorption, de restructuration, de groupements d'activités ...).

Cette situation entraîne de plein droit la résiliation du présent contrat à la date de sortie du champ d'application de l'accord collectif.

Article 3.3 Résiliation du contrat d'assurance collective

La résiliation du contrat d'assurance collective dénommé convention d'assurance, souscrit par les signataires de l'accord collectif du 31 janvier 2022 entraînera résiliation de tous les bulletins d'adhésion audit contrat. Cette résiliation pourra être séparément notifiée à chaque organisme assureur ou concerner globalement le contrat d'assurance collective.

Article 3.4 Information des participants

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation, l'adhérent s'engage à informer l'ensemble des salariés ou anciens salariés assurés de la cessation des garanties.

Ceux-ci peuvent souscrire un contrat à titre individuel, parmi l'offre frais de santé de l'organisme recommandé.

ARTICLE 4 - MODALITES D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS

Sont couverts comme participants au titre du contrat souscrit par l'adhérent et des extensions facultatives choisies par chaque salarié, l'ensemble des salariés de l'adhérent :

- sous contrat de travail ou dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période :
 - d'un maintien de salaire, total ou partiel,
 - d'indemnités journalières complémentaires,
 - de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale (à l'exclusion de ceux dont le contrat de travail est suspendu dans les cas visés à [l'Article 5.3](#) (et sauf application de **l'Article 6.4.2**), notamment pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, congé de solidarité familiale, congé pour projet de transition professionnelle, périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité, détention pénitentiaire),
 - d'un revenu de remplacement versé par l'adhérent (pour les salariés notamment placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée au sens des dispositions du Code du travail relevant des articles L. 5122-1 ; R. 5122-1 et suivants ou en activité partielle de longue durée conformément aux dispositions de la loi n°2020-734 du 17 juin 2020 (art.53) et du décret n° 2020-926 du 28 juillet 2020).
- affilié à la Sécurité Sociale.

L'adhérent s'engage à affilier au titre du régime socle obligatoire (ou le cas échéant pour l'option rendue obligatoire) tous les salariés présents et futurs des établissements visés en préambule.

Toutefois, conformément à **l'Article 3.3 – Dispenses d'adhésion** - de l'accord collectif du 31 janvier 2022, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer au régime frais de santé, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'adhérent.

Outre les dispenses de droit listées dans les articles L. 911-7 et D. 911-2 du Code de la sécurité sociale, toutes les dispenses d'adhésion prévues à l'article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale sont retenues.

À défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

- doivent être affiliés au régime frais de santé souscrit à titre obligatoire dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir les conditions posées à la dispense d'affiliation,
- peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion et celle de leurs ayants droit, à la couverture du socle obligatoire et éventuellement à une de ses options ; l'adhésion sera alors irrévocable pendant 2 ans.

ARTICLE 5 - PRISE D’EFFET, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES

Article 5.1 Prise d'effet des garanties

Pour les participants répondant aux conditions d'affiliation prévues à [l'Article 4](#) :

- Les garanties du régime socle obligatoire (ou le cas échéant pour l'option rendue obligatoire) prennent effet :
 - à la date d'effet de l'adhésion pour tous les participants présents à cette date, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues par l'accord collectif,
 - à la date d'embauche pour tout nouvel entrant au sein des effectifs de l'adhérent, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues par l'accord collectif,
 - au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense,
 - au premier janvier suivant pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation.

- Les garanties du régime optionnel (1, 2 ou 3) prennent effet :
 - à la date à laquelle le participant bénéficie du régime socle obligatoire s'il choisit d'adhérer au régime optionnel à cette date,
 - à défaut, si le participant choisit d'adhérer au régime optionnel postérieurement à son affiliation obligatoire au régime socle, au 1^{er} janvier suivant la réception de la demande du participant,
 - ou, en cas de changement de situation de famille dûment justifié, l'adhésion au régime optionnel prend effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de la demande.

On entend par changement de situation de famille : le mariage, la signature d'un PACS, le concubinage, la séparation, le divorce, l'arrivée ou le départ d'un enfant à charge ou le décès d'un ayant droit.

Pour les ayants droit :

En cas d'extension des garanties aux ayants droit, ces derniers bénéficient du même niveau de garanties que le participant :

- au plus tôt à la même date d'affiliation que le participant,
- à défaut, au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme recommandé de la demande d'affiliation.

Cette affiliation facultative est renouvelable le premier janvier de chaque année par tacite reconduction.

Article 5.2 Cessation des garanties

Pour le participant

Les garanties du présent contrat cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat d'adhésion, ou de la convention d'assurance collective souscrite par les signataires de l'accord du 31 janvier 2022,
- à la date de fin du contrat de travail du participant ou de la sortie du participant de la catégorie de personnel visée sous réserve des dispositions prévues à [l'Article 6](#),
- à la date de suspension du contrat de travail du participant s'il ne bénéficie pas d'un maintien de rémunération totale ou partielle ou revenu de remplacement versé par l'adhérent ou encore d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale et sous réserve des dispositions prévues à [l'Article 6](#),
- à la date de départ en retraite, à l'exception des participants reprenant, sans interruption, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'adhérent, sous réserve des dispositions prévues à [l'Article 6](#),
- lorsque le participant peut bénéficier de la Complémentaire Santé Solidaire en application de l'article L 861-1 du Code de la Sécurité Sociale et qu'il adhère à un autre organisme à cet effet, à condition qu'il en fasse la demande expresse selon les modalités de dispenses d'affiliation.

La radiation du participant entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des ayants droit.

Pour les ayants droit

En dehors du cas de la radiation du participant, les garanties cessent :

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée, sous réserve que la demande écrite de radiation parvienne à l'organisme recommandé au plus tard le 31 octobre,
- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions prévues à [l'Article 23](#) pour être bénéficiaires,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur.

Cette radiation est irrévocable pendant 2 ans.

Article 5.3 Suspension des garanties

La garantie est suspendue de plein droit dans les cas où le contrat de travail est lui-même suspendu -sans versement de revenu de remplacement par l'employeur- pour les raisons suivantes notamment :

- congé sabbatique visé à l'article L3142-28 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L3142-105 et suivants du Code du Travail ;
- congé parental d'éducation visé à l'article L1225-47 du Code du Travail ;
- congé de solidarité familiale visé à l'article L3142-6 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour projet de transition professionnelle visé aux articles D6323-9 et suivants du Code du travail ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- détention pénitentiaire.

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

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du participant concerné.

Le participant peut toutefois obtenir le maintien des garanties dans les conditions prévues à l'Article 6.4.2.

ARTICLE 6 - MAINTIENS DES GARANTIES

Article 6.1 Maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale (PORTABILITE DES DROITS).

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

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

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

6.1.1 Prise d'effet et durée du maintien

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

6.1.2 Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier des évènements suivants :

- **au terme de la durée maximale prévue au paragraphe « Prise d'effet et durée du maintien »,**
- **à la date à laquelle l'ancien salarié cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès),**
- **en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après,**
- **à la date de résiliation du contrat d'assurance collective ou de l'adhésion.**

En tout état de cause, les bénéficiaires pourront demander, dans les six mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989. L'organisme recommandé adresse une proposition de maintien de la couverture aux anciens salariés dans un délai de 2 mois à compter de la fin de la période de portabilité.

6.1.3 Modalités du maintien des garanties

L'adhérent doit informer l'organisme recommandé de toute cessation de contrat de travail ouvrant droit au dispositif et notamment adresser la demande nominative de maintien des garanties de l'ancien salarié dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'adhérent d'informer le participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'organisme recommandé conditionne le versement des prestations, notamment, à la justification par l'ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage à la date du sinistre. L'ancien salarié en situation d'être pris en charge par le régime d'assurance chômage, mais qui ne perçoit pas ou plus d'allocations chômage à cette date parce qu'il bénéficie d'un congé maternité ou d'un arrêt de travail à la date du sinistre, devra fournir les justificatifs correspondants.

Le participant s'engage à fournir à l'organisme recommandé :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- l'attestation de paiement des allocations Chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié s'engage à informer l'organisme recommandé de toute cause entraînant la cessation anticipée du maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi,
- l'impossibilité de justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale.

A défaut de réception des pièces mentionnées ci-dessus permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien des garanties sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail.

Cette durée pourra être prolongée à la demande du participant sous réserve que ce dernier fournisse à l'organisme recommandé les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Si le participant a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations perçues indument pourra être mise en œuvre.

6.1.4 Cotisations

Au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, le maintien de garantie est financé par la cotisation des salariés actifs.

Article 6.2 Maintien des garanties au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé

Les garanties peuvent être maintenues aux ayants droit de participant décédé pendant douze mois maximum à compter de la date de décès du participant, sous réserve :

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

A condition d'en avoir été informé par l'adhérent, l'organisme recommandé adresse une proposition de maintien de la couverture aux ayants droit de l'assuré dans les 2 mois suivants le décès.

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

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

Cette assurance est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical.

Ce maintien est accordé sans contrepartie de cotisation.

Article 6.3 Maintien à l'identique de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles : Article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989 élargi au bénéfice des ayants droit

Les personnes suivantes peuvent continuer à bénéficier des garanties du contrat dans le cadre d'une adhésion facultative :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme du maintien des garanties prévu à [l'Article 6.1](#) ci-dessus.
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme du maintien des garanties prévu à [l'Article 6.1](#) ci-dessus.
- les personnes garanties du chef du participant décédé, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la fin du maintien prévu à [l'Article 6.2](#) ci-dessus.

6.3.1 Modalité d'adhésion

A condition que l'organisme recommandé en ait été informé par l'adhérent, il adresse une proposition de maintien de la couverture aux intéressés dans un délai de 2 mois à compter de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre de la portabilité telle que prévue à [l'Article 6.1](#) ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre du décès du participant telle que prévue à [l'Article 6.2](#)

La proposition est adressée dans les meilleurs délais en cas de demande des ex salariés ou ayants droit bénéficiaires de ce dispositif.

En application de l'article 4 de la loi du n°89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « loi Evin »), l'assureur devra proposer une couverture identique à celle dont bénéficiait le salarié. Au cas où l'intéressé souhaiterait souscrire des garanties différentes de celles proposées par l'organisme assureur, il pourra proposer un autre contrat d'accueil.

L'adhésion de l'ancien salarié ou des personnes garanties du chef du salarié décédé est subordonnée au paiement de la cotisation correspondante et à la signature du bulletin individuel d'affiliation spécifique aux maintiens qui lui est remis par l'adhérent ou par l'organisme recommandé.

Le participant ainsi que ses ayants droit sont couverts au niveau des garanties dont ils bénéficiaient lorsque le salarié était en activité.

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

Les garanties sont accordées sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical.

6.3.2 Modalités de changement de niveau de couverture optionnelle

Les anciens salariés et les personnes garanties du chef du participant décédé ont la possibilité de changer de niveau de couverture dans les mêmes conditions que les salariés en activité, selon les modalités prévues à [l'Article 26](#).

6.3.3 Prise d'effet des garanties

Sous réserve du paiement des cotisations, la garantie prend effet au lendemain de leur demande et au plus tôt :

- le lendemain de la rupture du contrat de travail de l'ancien membre participant, ou le cas échéant au terme du maintien des garanties prévues à [l'Article 6.1](#),
- au terme du maintien des garanties prévu à [l'Article 6.2](#) ci-dessus pour les personnes garanties du chef du participant décédé.

6.3.4 Cotisations

Les cotisations sont indiquées à [l'Article 7](#). Elles sont payables par le participant, mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil, selon les conditions définies à [l'Article 9.2](#) et sur le bulletin individuel d'adhésion.

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations pour lui-même et pour ses ayants droit.

A ce titre, le participant remet notamment un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement.

Les dispositions ci-dessus (modalités de paiement) s'appliquent pour les personnes garanties du chef du participant décédé, dans les mêmes termes.

6.3.5 Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée au participant (ou aux personnes garanties du chef du participant décédé) l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation de l'adhésion facultative.

Si, pendant la période de suspension, le participant (ou les personnes garanties du chef du participant décédé) paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

6.3.6 Cessation des garanties

Le maintien de garanties cesse pour chaque participant (ou personnes garanties du chef de l'assuré décédé) :

- **en cas de défaut de paiement des cotisations tel que prévu ci-dessus,**
- **à la date de résiliation de l'adhésion par le participant au moins deux mois avant la fin de l'année civile ou à tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.**

Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification de résiliation.

La demande de résiliation peut, au choix, être notifiée conformément aux dispositions prévues par le Code de la Sécurité sociale, le Code des Assurances et le Code de la Mutualité :

- par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale d'Uniprévoyance : Service des Résiliations, 38-42 rue Cuvier – CS 80 002 – 93102 Montreuil Cedex,
- par voie électronique à : resiliationscollectives@uniprevoiance.fr,
- par tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur,
- par acte extrajudiciaire,
- lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

A réception de la notification, une confirmation écrite sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Seule la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert est due (cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation). En cas de trop perçu, le solde sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions prévues à l'**Article 6.3.5**.

Si la résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation, les garanties sont maintenues, sous réserve du paiement des cotisations jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance. Le nouvel organisme assureur s'assure de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

La dénonciation de l'adhésion est définitive tant pour le participant que pour ses ayants droit.

- et en tout état de cause, en cas de résiliation des présentes Conditions Générales.

Dans cette éventualité, la Commission Paritaire Nationale EEP Santé et l'organisme assureur pourront, à la demande des partenaires sociaux, convenir des modalités de transfert des personnes garanties au titre du présent article.

Seuls les frais médicaux dont la date de soins figure sur le décompte de la Sécurité sociale, et qui sont antérieurs à la date de la cessation des garanties pourront donner lieu à prise en charge.

6.3.7 Assurance individuelle

Si l'ancien salarié ne souhaite pas bénéficier du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989, il peut souscrire une des formules d'assurance à adhésion individuelle dans les conditions proposées par l'organisme recommandé.

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

Les cotisations sont fixées par l'organisme recommandé en fonction des garanties proposées.

Article 6.4 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail et en situation d'activité partielle

6.4.1 Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Le bénéfice du contrat (le socle obligatoire et, le cas échéant le régime optionnel) est maintenu au profit des participants dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement, en cas de maintien de salaire total ou partiel ou par la perception d'indemnités journalières ou rente d'invalidité de la Sécurité Sociale, et/ou d'indemnités journalières complémentaires.

Il est également maintenu à titre obligatoire dans la situation d'un salarié placé en activité partielle au sens des dispositions du Code du travail relevant des articles L. 5122-1 ; R. 5122-1 et suivants ou en activité partielle de longue durée conformément aux dispositions de la loi n°2020-734 du 17 juin 2020 (art. 53) et du décret n° 2020-926 du 28 juillet 2020.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants droit du salarié, bénéficiaires dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture du socle obligatoire et, le cas échéant, d'une des couvertures optionnelles.

Il s'effectue moyennant paiement des cotisations correspondantes (y compris le cas échéant les cotisations afférentes à la couverture optionnelle) prévues à [l'Article 7](#) (sauf exonération prévue par ce même article) calculées selon les mêmes règles que pour le personnel en activité.

6.4.2 Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Par dérogation à [l'Article 5.3](#), les participants dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucune rémunération ou indemnisation dans les conditions mentionnées ci-dessus ont la possibilité de demander le maintien des garanties.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du participant des cotisations prévues à [l'Article 7](#).

A défaut de paiement des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée au participant l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation de l'adhésion.

Si, pendant la période de suspension, le participant paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

ARTICLE 7 - COTISATIONS

Les cotisations sont forfaitaires et exprimées en euros.

La cotisation forfaitaire mensuelle au titre de l'affiliation d'un salarié est due quelle que soit la date d'entrée de celui-ci dans l'établissement. La proratisation de la cotisation est pratiquée en cas de départ en cours de mois du salarié et de résiliation à tout moment sur les options prévues à [l'Article 26](#).

Par avenant à l'accord paritaire, les organisations représentatives fixent, chaque année après approbation des comptes, le niveau de ces cotisations. Elles intègrent comme éléments de leur réflexion l'évolution prévisionnelle du PMSS, l'évolution des dépenses de santé et les résultats techniques du régime. A défaut d'avenant, le montant des cotisations suit chaque année l'évolution du PMSS ainsi que toute évolution de la législation et réglementation sociale et fiscale. Dans ce cas, le montant des cotisations est arrondi à la dizaine de centimes supérieure. Les assureurs recommandés sont informés des évolutions des cotisations.

Article 7.1 Cotisations pour les salariés et leurs ayants droit

Les cotisations 2025 des salariés en activité et de leurs ayants droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	52,90 €	32,00 €	14,00€	36,00 €	53,10 €
Conjoint	58,40 €	35,20 €			
Enfant (1)	29,30 €	17,90 €	7,80 €	19,60 €	29,30 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié.

Pour l'année 2025, la répartition de la cotisation mensuelle au titre du socle conventionnel obligatoire est la suivante conformément à l'annexe 1 de l'avenant n°3 du 27 novembre 2023 à l'Accord collectif du 31 janvier 2022 :

- Régimes général et agricole : 26,45 € minimum pour l'employeur et 26,45 € maximum pour le salarié,
- Alsace-Moselle : 26,45 € minimum pour l'employeur et 5,55 € maximum pour le salarié.

Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée entre l'établissement et les salariés selon cette proportion.

Bénéficiaire d'une exonération totale de la part salarié de la cotisation conventionnelle pour le socle obligatoire :

- les salariés en contrat d'apprentissage d'une durée strictement inférieure à 12 mois,
- les salariés en CDD d'une durée strictement inférieure à 12 mois sauf s'ils sont en cumul d'emplois. Par exception, les salariés en cumul d'emplois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application bénéficient de cette mesure à condition que leurs rémunérations globales tous employeurs confondus soient inférieures au SMIC,
- et les salariés pour lesquels la cotisation (part employeur et part salarié) représente au moins 10 % de leur rémunération brute.

Seule la contribution employeur est appelée, sous réserve qu'ils soient identifiés par bulletin d'affiliation et dans la DSN ou à défaut dans l'appel de cotisation trimestriel si l'établissement n'entre pas dans le périmètre de la DSN.

Par rémunération(s) brute(s), il convient d'entendre les revenus soumis à cotisations sociales perçus au titre d'une activité salariée à quelque titre que ce soit et sous quelque statut que ce soit au sein de l'établissement employeur ou pour le compte d'un autre employeur.

Article 7.2 Cotisations pour les anciens salariés entrés dans le dispositif EEP santé EVIN et leurs ayants droit

- Les cotisations 2025 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin EEP Santé à compter du 1^{er} janvier 2024, (anciens salariés privés d'emploi et bénéficiant de revenus de remplacement) et de leurs ayants droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	52,90 €	32,00 €	14,00 €	36,00 €	53,10 €
Conjoint	58,40 €	35,20 €			
Enfant (1)	29,30 €	17,90 €	7,80 €	19,60 €	29,30 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié.

- Les cotisations 2025 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin EEP Santé entre le 1^{er} janvier 2023 et le 31 décembre 2023 (inclus), c'est-à-dire pour la 2^{ème} année de cotisation dans le régime loi Evin et de leurs ayants droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	66,20 €	40,00 €	17,50 €	45,00 €	66,40 €
Conjoint	73,00 €	44,00 €			
Enfant (1)	29,30 €	17,90 €	7,80 €	19,60 €	29,30 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié.

- Les cotisations 2025 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin EEP Santé entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 décembre 2022 (inclus), c'est-à-dire pour la 3^{ème} année de cotisation dans le régime loi Evin et de leurs ayants droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	79,40 €	48,00 €	21,00 €	54,00 €	79,70 €
Conjoint	87,60 €	52,80 €			
Enfant (1)	29,30 €	17,90 €	7,80 €	19,60 €	29,30 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié.

- Les cotisations 2025 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin EEP Santé avant le 1^{er} janvier 2022, c'est-à-dire pour la 4^{ème} année (et plus) de cotisation dans le régime loi Evin et de leurs ayants droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	81,00 €	49,00 €	21,50 €	55,10 €	81,30 €
Conjoint	89,40 €	53,90 €			
Enfant (1)	29,30 €	17,90 €	7,80 €	19,60 €	29,30 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié.

Pour les anciens salariés (et leurs ayants droits) ayant adhéré au régime loi Evin à partir du 1^{er} janvier 2024, la cotisation est maintenue à 100% du montant de la cotisation des actifs pour les mois restant à courir jusqu'à la fin de l'année civile (pour les départs en cours d'année) et l'année civile suivante.

La 2^{ème} année, la cotisation est celle au tableau correspondant aux affiliations entre le 1^{er} janvier 2023 et le 31 décembre 2023 inclus.

La 3^{ème} année, la cotisation est celle au tableau correspondant aux affiliations entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 décembre 2022 inclus.

La 4^{ème} année (et plus) la cotisation est celle au tableau correspondant aux affiliations avant le 1^{er} janvier 2021.

Pour les anciens salariés (et leurs ayants droits) ayant adhéré au régime loi Evin avant le 1^{er} juillet 2017, la cotisation est maintenue à 150% du montant de la cotisation des actifs de manière viagère.

▪ **Dispositions relatives aux maîtres rémunérés par l'Etat**

Les maîtres rémunérés par l'Etat (maîtres délégués suppléants et maîtres agréés à titre définitif ou provisoire) exerçant dans les classes sous contrat simple des établissements d'enseignement privés ou dans les établissements médico sociaux relevant du champ d'application acquitteront leur contribution auprès de l'établissement ou auprès de l'organisme assureur choisi s'il met en place un tel dispositif. L'établissement reste néanmoins redevable du paiement des cotisations.

▪ **Révision des cotisations et/ou des garanties**

Les modifications apportées au contrat par avenant conclu avec les signataires de l'accord du 31 janvier 2022 font l'objet d'une information adressée par l'organisme recommandé à l'adhérent.

▪ **Modification du régime conventionnel :**

Lorsque les partenaires sociaux apportent des modifications au régime conventionnel, les présentes conditions générales sont modifiées en conséquence.

ARTICLE 8 - PRESTATIONS PRESENTANT UN DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE

Article 8.1 Montant des cotisations affecté au financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

2% des cotisations acquittées sont affectés au financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Tous les salariés couverts par l'accord collectif du 31 janvier 2022 bénéficient de l'ensemble de ces mesures.

Article 8.2 Actions prioritaires de branche

Les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité sont les suivantes :

a. Exonération totale de la contribution salariale :

Bénéficiaire d'une exonération totale de la part salarié de la cotisation conventionnelle pour le socle obligatoire :

- les salariés en contrat d'apprentissage d'une durée strictement inférieure à 12 mois,
- les salariés en CDD d'une durée strictement inférieure à 12 mois sauf s'ils sont en cumul d'emplois. Par exception, les salariés en cumul d'emplois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application bénéficient de cette mesure à condition que leurs rémunérations globales tous employeurs confondus soient inférieures au SMIC,
- et les salariés pour lesquels la cotisation (part employeur et part salarié) représente au moins 10 % de leur rémunération brute.

Seule la contribution employeur est appelée, sous réserve qu'ils soient identifiés par bulletin d'affiliation et dans la DSN ou à défaut dans l'appel de cotisation trimestriel si l'établissement n'entre pas dans le périmètre de la DSN.

Par rémunération(s) brute(s), il convient d'entendre les revenus soumis à cotisations sociales perçus au titre d'une activité salariée à quelque titre que ce soit et sous quelque statut que ce soit au sein de l'établissement employeur ou pour le compte d'un autre employeur.

b. Des actions de prévention :

Les signataires de l'accord collectif du 31 janvier 2022 confient à la commission paritaire nationale santé le soin de déterminer les actions de prévention concernant les risques professionnels ou liées à une consommation médicale spécifique aux populations couvertes (population féminine aux besoins spécifiques etc.).

Dans ce cadre, les priorités suivantes sont définies :

- a. campagne de communication et d'incitation à la vaccination contre la grippe saisonnière, l'hépatite, la tuberculose ;
- b. moyens de contraception non pris en charge par la Sécurité Sociale ;
- c. campagnes de prévention des troubles musculo-squelettiques (ex : formations gestes et postures) ;
- d. prévention du stress et des violences (en lien avec l'accueil du public notamment) ;
- e. campagnes de dépistage de cancers.

c. Des prestations d'action sociale.

Article 8.3 Orientations, fonctionnement et modalités d'attribution

Pour chaque intervention (prévention ou action sociale) collective, des aides financières pourront être accordées si les conditions suivantes sont remplies :

- présentation d'un projet pluriannuel incluant des objectifs évaluables ;
- l'association au projet des représentants du personnel des différentes instances de représentation du personnel quand elles existent et, à défaut, le respect de l'adhérent en la matière (transfert du PV de carence) ;
- le régime ne pourra financer qu'en complément de l'adhérent (pas de prise en charge financière à 100% de l'action par le régime).

ARTICLE 9 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 9.1 Pour l'adhérent au titre du régime socle obligatoire (ou le cas échéant pour l'option rendue obligatoire)

L'adhérent est seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les vingt jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil. Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle (si celle-ci n'est pas effectuée par le biais de la DSN) mentionnant :

- Le nombre de participants à la fin du trimestre civil correspondant : pour le personnel nouvellement inscrit, la cotisation est due à compter de la date d'entrée dans le groupe et signalée par l'adhérent. Pour le personnel radié, la cotisation est due jusqu'au jour où il cesse d'appartenir au groupe.
- L'assiette ou les assiettes servant de base au calcul de la cotisation pour la période concernée.

Chaque adhérent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date de la résiliation, y compris la part salariale, et ce, quelle que soit la cause de ladite résiliation.

A défaut de paiement des cotisations dans les 15 jours suivant leur échéance, une mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception est adressée à l'adhérent par l'organisme recommandé. Le cas échéant, l'organisme recommandé peut engager une procédure de recouvrement des cotisations par voie contentieuse.

En cas de non-paiement des cotisations l'organisme recommandé en avisera la Commission Paritaire Nationale EEP Santé.

Article 9.2 Pour le participant au titre des régimes facultatifs options 1, 2 ou 3 et pour l'extension aux ayants droit du participant (pour le régime socle facultatif ou les options 1, 2 ou 3).

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations pour lui-même et pour ses ayants droit. A ce titre, le participant remet notamment un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement.

Les cotisations sont payables mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil. A défaut de paiement des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée au participant l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation de l'adhésion facultative.

Si, pendant la période de suspension, le participant paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

ARTICLE 10 - BORDEREAU NOMINATIF ANNUEL - FORMALITES

L'adhérent fait parvenir à l'organisme recommandé, au plus tard au 31 janvier suivant la fin de chaque exercice, la liste de son personnel participant, précisant pour chacun : nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale, situation de famille, classification, salaires bruts perçus au titre de l'exercice civil à quelque titre que ce soit, date d'entrée dans la catégorie de personnel concernée et date de sortie si ces données ne sont pas transmises par la biais de la DSN.

Il peut être demandé chaque trimestre les renseignements concernant les nouveaux participants et les participants radiés, notamment les dates d'entrée et de sortie.

L'adhérent informera l'organisme recommandé de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique dans les meilleurs délais.

L'adhérent tient ses états de personnel à la disposition de l'organisme recommandé pour consultation éventuelle.

ARTICLE 11 - PRESTATIONS

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis au [TITRE 2 GARANTIE FRAIS DE SANTE](#).

ARTICLE 12 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'adhésion se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme recommandé en a eu connaissance,
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé par l'organisme recommandé à l'adhérent ou au participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant ou le bénéficiaire à l'organisme recommandé en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'adhésion ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 13 - FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle émane du participant et change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme recommandé, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation de ce risque, la garantie accordée par l'organisme recommandé à ce participant est nulle.

ARTICLE 14 - ÉLECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution du contrat en vue de l'application des présentes conditions générales, l'adhérent doit faire obligatoirement élection de domicile en France métropolitaine et dans les départements et collectivités d'outre-mer.

ARTICLE 15 - INFORMATION DES PARTICIPANTS

▪ Notice d'information :

L'organisme recommandé adresse à l'adhérent une notice qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Cette notice rappelle également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que des délais de prescription.

L'adhérent s'engage à remettre, aux membres participants auxquels les garanties sont applicables, la notice d'information fournie par l'organisme recommandé. En cas de litige, la preuve de la remise de la notice lui incombe.

▪ **Changement ultérieur des garanties :**

A chaque évolution des dispositions contractuelles, les éléments modifiés sont communiqués à l'adhérent en remplacement de ceux qu'il détenait. Celui-ci s'engage à remettre une nouvelle notice d'information ou un avenant à la notice d'information à chaque membre participant. En cas de litige, la preuve de la remise de la nouvelle notice ou de l'avenant à la notice lui incombe.

ARTICLE 16 - FONDS SOCIAL

Les participants bénéficieront du fonds social existant au sein de l'organisme recommandé choisi par l'adhérent.

ARTICLE 17 - ORGANISME DE CONTROLE DES ASSURANCES

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) située au 4, place de Budapest CS92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 18 - LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le participant et les bénéficiaires sont informés par l'organisme assureur, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'Organisme assureur a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@uniprevoyance.fr.

a. Les données à caractère personnel du participant et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'organisme assureur ou d'autres sociétés du groupe,
- la gestion des avis du participant et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par l'organisme assureur ou ses partenaires,
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux,
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le participant et les bénéficiaires,
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification du participant et des bénéficiaires,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, incluant un dispositif mutualisé des données du contrat et des sinistres déclarés auprès de l'organisme assureur, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA),
- la proposition au participant et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'organisme assureur ou ses partenaires,
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du participant et des bénéficiaires,

L'organisme assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du participant et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du

risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, l'organisme assureur utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») du participant et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

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

b. Destinataires des traitements des données personnelles

Les destinataires des données à caractère personnel du participant et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de l'organisme assureur dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu. Les données de santé du participant et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'organisme assureur s'engage à ce que les données à caractère personnel du participant et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du participant et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

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

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance varient en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'organisme assureur et des prescriptions légales applicables.

L'organisme assureur et ses partenaires s'engagent à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données du participant et des bénéficiaires et à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

c. Droit des personnes concernées

Le participant et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Le participant et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@uniprevoyance.fr.

En cas de réclamation relative à la protection des données, le participant et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Le participant et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Worldline. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr. »

ARTICLE 19 - RECLAMATIONS – MEDIATION

L'adhérent, le participant ou un ayant droit du participant peut, en cas de désaccord avec l'organisme assureur, effectuer une réclamation indépendamment de son droit d'engager une action en justice. Cette réclamation peut être effectuée :

- auprès de son interlocuteur habituel sur le support de son choix (téléphone, mail, courrier),
- sur le site internet de l'Institution dans l'onglet « Réclamation », le réclamant est invité à formaliser son mécontentement au moyen d'un formulaire,
- ou par courrier à l'adresse suivante :

UNIPREVOYANCE - Service Réclamations - 38-42 rue Cuvier – CS 80 002 – 93102 Montreuil Cedex

en précisant son nom ainsi que ses coordonnées complètes.

Nos engagements :

Un accusé réception sera adressé au demandeur dans un délai maximum de 10 jours.

La situation du demandeur sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée lui sera adressée dans un délai maximum de 60 jours.

Saisine du Médiateur de la Protection Sociale :

Le demandeur peut saisir le Médiateur de la protection sociale :

- Dans un délai de 2 mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait reçu une réponse ou non de la part de l'organisme assureur,
- Et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de sa première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- Par e-mail sur le site <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>
- Par courrier, à l'adresse suivante : Médiateur de la protection sociale (CTIP) 10 rue Cambacérès, 75008 Paris.

ARTICLE 20 - LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'organisme recommandé est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du code monétaire et financier (articles L.561-1 et suivants du code monétaire et financier).

Afin de permettre à l'organisme recommandé de respecter ces obligations, l'adhérent s'engage à lui remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui concernent l'établissement ainsi que ceux concernant les participants. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit du participant.

L'adhérent s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, l'organisme recommandé réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

ARTICLE 21 - SANCTIONS INTERNATIONALES

Article 21.1 Définition

Pour les besoins du présent article, on entend par « **sanctions internationales** » toutes mesures restrictives financières ou commerciales décidées par un Etat ou une Organisation Internationale / Supranationale à l'encontre d'autres états, de territoires, de personnes physiques, de personnes (physiques ou morales) et / ou d'entités (de droit public ou privé).

Ces sanctions internationales peuvent notamment prendre les formes suivantes :

- Interdictions ou restrictions d'importations ou d'exportations (embargos) ;
- Confiscations, saisies, gels de biens ou d'avoirs ;
- Interdictions ou restrictions de certaines activités industrielles, commerciales ou services en particulier financiers dont assurantiels.

Ces sanctions internationales sont évolutives tant par leur nature que dans leurs domaines d'application. Elles sont publiques et peuvent être consultées sur les sites internet des Etats et des Organisations Internationales / Supranationales.

Article 21.2 Conséquences pour l'organisme assureur

Dans l'exercice de ses activités, l'organisme assureur est soumis de plein droit aux législations et réglementations d'ordre public édictées par la France, l'Union Européenne qui peuvent lui interdire d'exécuter les obligations résultant d'un contrat d'assurance telles que :

- Couvrir un risque et/ou ;
- Payer une somme d'argent ou fournir une prestation.

Par ailleurs, le non-respect par l'organisme assureur d'autres sanctions internationales peut exposer ce dernier, ses employés ou les sociétés du groupe auquel il appartient, à des risques de sanctions réglementaires, administratives, civiles et/ou pénales. Par conséquent, l'organisme assureur doit également veiller à la conformité de ses activités avec les sanctions internationales édictées par les Etats-Unis, le Royaume-Uni, l'ONU et le pays du siège social de l'organisme assureur.

Article 21.3 Effets sur l'exécution du contrat

▪ Suspension de l'obligation de couverture d'un risque

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs sanctions internationales visées à l'**Article 21.2 Conséquences pour l'organisme assureur** l'exécution de l'obligation de l'organisme assureur de couvrir un risque en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en vigueur. Cette suspension cesse à compter du jour où lesdites sanctions internationales cessent d'affecter l'obligation de l'organisme assureur. Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension ne pourra donner lieu à garantie.

▪ Suspension de l'obligation de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs sanctions internationales visées à l'**Article 21.2 Conséquences pour l'organisme assureur**, l'exécution de l'obligation de l'organisme assureur de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation en application du présent contrat est suspendue dès leur entrée en vigueur. Cette suspension s'applique notamment dans le cadre d'un sinistre ou d'un remboursement total ou partiel de cotisation. Toute somme contractuellement due par l'organisme assureur et dont le paiement aurait été reporté du fait des sanctions internationales redeviendra exigible à compter du jour où lesdites sanctions internationales cesseront d'affecter l'obligation de l'organisme assureur. Il en est de même, lorsque cela est possible, de la fourniture de la prestation qui avait été ainsi suspendue.

L'organisme assureur devra informer l'adhérent et/ou le participant, par écrit motivé, de tout refus de prise en charge d'un sinistre en raison de l'existence d'une ou plusieurs sanctions internationales.

TITRE 2 GARANTIE FRAIS DE SANTE

ARTICLE 22 - OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet le versement :

- d'une indemnité complétant les remboursements effectués notamment par les assurances sociales, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie ;
- d'une indemnité en cas de maternité ou de cure thermale.

ARTICLE 23 - BÉNÉFICIAIRES

Le participant bénéficie des garanties.

Ce dernier peut choisir de faire bénéficier des garanties du présent contrat, à ses ayants droit définis ci-après :

1. **le conjoint** non divorcé ni séparé du participant.

Est assimilé au conjoint la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS), le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil.

2. **les enfants** du participant ou ceux qu'il a accueillis (familles recomposées) ayant moins de 21 ans.

Sont également considérés comme tels :

- les enfants âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation) ;
- les enfants âgés de moins de 28 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi) ;
- les enfants quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 21ème anniversaire.

Pour les nouveaux nés ou les enfants venant d'être adoptés, l'affiliation des enfants du participant ou de son conjoint (tel que défini plus haut) prend effet à sa date de naissance ou de son arrivée au foyer.

Afin que cette prise d'effet soit possible, l'adhésion peut se faire par anticipation.

ARTICLE 24 - ADHESION AU REGIME SOCLE OBLIGATOIRE

L'adhésion au régime socle est obligatoire pour le participant. Il peut choisir de faire adhérer, à titre facultatif, ses ayants droit tels que définis à [l'Article 23](#) ci-dessus.

Lorsque l'établissement a fait le choix de rendre obligatoire l'option 1, 2 ou 3, en lieu et place du socle, cette option est alors obligatoire pour le participant.

ARTICLE 25 - CHOIX DE NIVEAU DE COUVERTURE OPTIONNELLE

Le participant peut choisir, pour lui-même et ses ayants droit déjà affiliés au titre du régime socle obligatoire, l'option 1, l'option 2 ou l'option 3 en complément du régime socle (en fonction du niveau de couverture du contrat socle choisi par l'adhérent).

La cotisation correspondante est alors appliquée.

Les ayants droit ne peuvent pas choisir une option différente de celle retenue par le participant pour lui-même.

ARTICLE 26 - RESILIATION DES OPTIONS

Le participant peut résilier son affiliation à l'option facultative (quel que soit le niveau de celle-ci) à tout moment, sans frais ni pénalité, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription pour n'être affilié qu'au socle obligatoire.

La résiliation vaut pour le participant et pour ses ayants droit.

La demande de résiliation peut, au choix, être notifiée conformément aux dispositions prévues par le Code de la Sécurité sociale, le Code des Assurances et le Code de la Mutualité :

- par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale d'Uniprévoyance : Service des Résiliations, 38-42 rue Cuvier – CS 80 002 – 93102 Montreuil Cedex,
- par voie électronique à : resiliationscollectives@uniprevoiance.fr,
- par tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur,
- par acte extrajudiciaire,
- lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

A réception de la notification, une confirmation écrite sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Seule la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert est due (cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation). En cas de trop perçu, le solde sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues à [l'Article 9.2](#).

Le participant qui avait souscrit à une option et qui a résilié son adhésion pour s'affilier au socle seul, ne peut souscrire une option qu'après 2 ans de souscription sur le socle.

ARTICLE 27 - CHANGEMENT DE NIVEAU DE COUVERTURE OPTIONNELLE

Le participant salarié, ou l'ancien salarié bénéficiaire d'un maintien des garanties au titre de l'article 4 de la Loi Evin, peut demander à changer de niveau de couverture (de niveau supérieur ou inférieur) au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 1 an dans le niveau de couverture.

Le participant qui avait souscrit à une option et qui conformément à [l'Article 26](#) a résilié son adhésion pour s'affilier au socle seul, ne peut souscrire au niveau supérieur (du socle à l'option 1) qu'après 2 ans de souscription sur le socle.

Par la suite, il pourra souscrire à d'autres niveaux de couverture facultatifs dans les conditions visées ci-dessus.

Le changement d'option, à l'initiative du participant vaut pour lui-même et pour ses ayants droit.

ARTICLE 28 - SUBROGATION

Dans la limite des prestations prises en charge par l'organisme recommandé, celui-ci est subrogé dans les droits du participant ou de ses ayants droit, victimes d'un accident droit à l'égard du tiers responsable.

ARTICLE 29 - FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION – EXCLUSIONS

29.1 Les frais ouvrant droit à prestation sont, sous réserve des dispositions des paragraphes **29.2** et **29.3** ci-après, ceux énumérés à [l'Article 31](#) du présent titre qui, concernant des traitements de maladie ou d'accident, ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale et pour lesquels la date des soins figurant sur le bordereau de la Sécurité Sociale est comprise entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la nomenclature en vigueur ou dans la liste des produits et prestations, et qui n'ont pas donné lieu à une prescription médicale ou à un remboursement de la Sécurité Sociale, ouvrent droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite à [l'Article 31](#) du présent titre.

Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».

Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger (déplacement occasionnel), le remboursement se fait sur la base de remboursement des régimes d'Assurance Maladie Obligatoires français figurant dans les nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire française (NGAP, CCAM, NABM, LPP, GHS).

29.2 Une demande de prise en charge est exigée s'agissant d'un séjour en maison de repos et de convalescence non exclu aux termes du paragraphe **29.3** ci-après.

29.3 SONT EXCLUS DE LA GARANTIE, LES FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE TRAITEMENT, NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE, REALISES

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

29.4 L'organisme assureur ne prend pas en charge les actes non remboursés par la Sécurité sociale lorsqu'ils sont effectués en dehors du territoire français, à l'exception de ceux :

- Effectués par un participant ayant le statut de travailleur frontalier, ou de ses bénéficiaires, s'ils sont domiciliés en dehors du territoire français, et si ces soins sont effectués dans leur pays de résidence principale ;
- Intervenant dans le cadre de soins inopinés (hospitaliers ou ambulatoires), ou de soins programmés avec entente préalable de l'Institution.

Ces exceptions ne s'appliquent pas à la garantie « médecines non conventionnelles ».

ARTICLE 30 - LE CONTRAT RESPONSABLE

Le présent contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la Loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

En conséquence :

• il prend en charge :

- l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée,
- l'intégralité du forfait patient urgence,

- l'intégralité des dépenses sans reste à charge (dispositifs 100 % santé) pour l'assuré pour certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant les plafonds des Prix Limites de Vente et les Honoraires Limites de Facturation conventionnels.

• **il ne prend pas en charge :**

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) au-delà de la limite fixée par décret,
- la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).
- les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente et des Honoraires Limites de Facturation, des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.
- la participation forfaitaire applicable aux consultations et à certains examens médicaux,
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.

Le présent contrat respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Il permet également aux salariés de l'entreprise adhérente, et à leurs ayants droit le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent et à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les aides auditives, l'optique et le dentaire.

En outre, le présent contrat :

- respecte le niveau minimum des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du code de la Sécurité sociale,
- reprend l'ensemble des libellés normés conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

ARTICLE 31 - COUVERTURE

Sont présentés ci-après les montants totaux remboursés par l'organisme assureur au titre du **REGIME SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE** et des **OPTIONS 1, 2 ou 3 RESPONSABLES**.

Ils viennent compléter **ceux de la Sécurité sociale française** et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Pour les garanties prises en charge par la Sécurité Sociale, le remboursement ne peut être inférieur à 100% TM.

Tous les actes pratiqués en secteur non conventionné sont indemnisés sur la base du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.

L'assuré bénéficie du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

TABLEAU DES GARANTIES ASSUREES

MONTANT DES PRESTATIONS
Régime Socle
Socle + Option 1
Socle + Option 2
Socle + Option 3
Responsable
Hospitalisation (y compris frais de maternité)

	Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
Frais de séjour	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 350% BR
Honoraires				
Médecins adhérents à l'un des DPTM	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 350% BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTM	100% TM + 30% BR	100% TM + 30% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 100% BR
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Forfait actes lourds	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait
Forfait patient urgences	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait
Chambre particulière, y compris maternité (par jour)	-	1,5% PMSS ¹	2,5% PMSS ¹	3,5% PMSS ¹
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	-	1% PMSS ¹	2% PMSS ¹	2% PMSS ¹

¹ PMSS en vigueur au 1^{er} jour de l'hospitalisation

Maternité

	Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
Forfait maternité Montant par enfant (y compris en cas d'adoption)	5% PMSS ²	10% PMSS ²	15% PMSS ²	20% PMSS ²

² PMSS en vigueur à la date de la naissance ou de l'adoption

Dentaire

Soins et prothèses 100% Santé*	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF			
Soins (Hors 100% Santé)				
Consultations, soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale (curetage / surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	-	100 euros / an / bénéficiaire	200 euros / an / bénéficiaire	400 euros / an / bénéficiaire
Prothèses (Hors 100% Santé)				
Panier Maitrisé **				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	100% TM + 200% BR	100% TM + 275% BR	100% TM + 300% BR	100% TM + 350% BR
	dans la limite de 100% HLF-MR			
Prothèses amovibles et prothèses provisoires	100% TM + 200% BR	100% TM + 275% BR	100% TM + 300% BR	100% TM + 350% BR
	dans la limite de 100% HLF-MR			
Inlay Core	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 150% BR
	dans la limite de 100% HLF-MR			
Inlays onlays d'obturation	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
	dans la limite des HLF		dans la limite de 100% HLF-MR	


MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
--------------	------------------	------------------	------------------

Responsable

Panier Libre ***

Prothèses fixes (couronnes et bridges)	100% TM + 200% BR	100% TM + 275% BR	100% TM + 300% BR	100% TM + 350% BR
Prothèses amovibles et prothèses provisoires	100% TM + 200% BR	100% TM + 275% BR	100% TM + 300% BR	100% TM + 350% BR
Inlays Core	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 150% BR
Inlays onlays d'obturation	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité Sociale (couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées)	100% BR reconstituée	150% BR reconstituée	200% BR reconstituée	300% BR reconstituée
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 200% BR	100% TM + 350% BR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale, par semestre	100% BR reconstituée	150% BR reconstituée	200% BR reconstituée	300% BR reconstituée
Implantologie dentaire				
Par implant	-	100 euros	450 euros	800 euros

***Soins et prothèses 100% Santé**

Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Honoraires Limite de Facturation : HLF) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

**** Panier Maîtrisé**

Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)

***** Panier Libre**

Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.

Soins courants
Honoraires médicaux

Consultation - Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 350% BR
Consultation - Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 30% BR	100% TM + 30% BR	100% TM + 100% BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 60% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre non adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 40% BR	100% TM + 80% BR	100% TM + 100% BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité Sociale https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 30% BR	100% TM + 80% BR	100% TM + 100% BR
Téléconsultation médicale Prise en charge au titre des honoraires médicaux	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

Imagerie médicale

Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100% TM	100% TM + 30% BR	100% TM + 80% BR	100% TM + 100% BR


MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
--------------	------------------	------------------	------------------

Responsable

Analyses et examens de laboratoire

Pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM + 20% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 350% BR
----------------------------------------	---------	------------------	------------------	-------------------

Honoraires paramédicaux

Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes	100% TM	100% TM + 20% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 350% BR
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	------------------	------------------	-------------------

Médicaments

Médicaments et vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
---------------------------------------------------------------	---------	---------	---------	---------

Médicaments prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale	-	-	100 euros par an et par bénéficiaire	100 euros par an et par bénéficiaire
-----------------------------------------------------------------------	---	---	--------------------------------------	--------------------------------------

Vaccins

Vaccin contre la grippe saisonnière, non remboursé par la Sécurité Sociale	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels	100% des Frais réels
----------------------------------------------------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Autres vaccins prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non pris en charge par la Sécurité Sociale)	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Matériel Médical

Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses (hors postes prothèses dentaires, auditives et optiques), pris en charge par la Sécurité sociale.	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 100% BR
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	------------------	-------------------	-------------------

Médecines non conventionnelles

Actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par séance	50 euros	50 euros	50 euros	50 euros
-----------------------------------------------------------------	----------	----------	----------	----------

	Acupuncteur	Acupuncteur	Acupuncteur	Acupuncteur
	Chiropracteur	Chiropracteur	Chiropracteur	Chiropracteur
	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans
	Etiopathe	Etiopathe	Etiopathe	Etiopathe
	Ostéopathe	Ostéopathe	Ostéopathe	Ostéopathe
	Pédicure – Podologue	Pédicure – Podologue	Pédicure – Podologue	Pédicure – Podologue

dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3 séances	3 séances	4 séances	5 séances
------------------------------------------------------------	-----------	-----------	-----------	-----------

Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale.

Nous prenons en charge les actes suivants sous réserve que le praticien soit un professionnel de santé inscrit à l'un des répertoires suivants : ADELI ou RPPS.

Ce professionnel doit donc être un médecin, un ostéopathe ou un auxiliaire médical au sens du Livre III de la 4e partie du Code de la santé publique (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.),

Aides auditives

Equipements 100% Santé * Classe 1	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV			
------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Equipements à tarifs libres Classe 2

Adultes- bénéficiaires de 21 ans ou plus	600 euros - MR	600 euros - MR	700 euros - MR	700 euros - MR
------------------------------------------	----------------	----------------	----------------	----------------

Enfants - bénéficiaires de moins de 21 ans ou personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	1600 euros - MR	1600 euros - MR	1700 euros - MR	1700 euros - MR
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
------------------------------------------------------------------------	---------	---------	---------	---------

*** Equipements 100% Santé**

Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).


MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
--------------	------------------	------------------	------------------

Responsable

Prévention

Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : <ul style="list-style-type: none"> . Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010); . Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; . Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; . Audiométrie tonale et vocale (CDQP012); . Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002). 	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : <ul style="list-style-type: none"> . Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; . Coqueluche : avant 14 ans ; . Hépatite B : avant 14 ans ; . BCG : avant 6 ans ; . Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; . Haemophilus influenzae B ; . Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques 	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM

MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
--------------	------------------	------------------	------------------

Responsable

Optique
Verres et monture

Equipements 100% Santé Classe A (*) (***)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de classe A	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV

Equipements libres – Classe B () (***)**
Grille optique - Verres et monture à tarifs libres

Verre Unifocal / Multifocal / Progressif	Avec / Sans Cylindre		Montant par verre			
			Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
Unifocal	Sphérique	SPH de -6 à + 6 (a)	60 euros -MR	80 euros -MR	90 euros -MR	110 euros -MR
		SPH < à -6 ou > à + 6	80 euros -MR	90 euros -MR	100 euros -MR	120 euros -MR
	Sphéro cylindrique	SPH de -6 à 0 et CYL < ou = à + 4	70 euros -MR	90 euros -MR	100 euros -MR	120 euros -MR
		SPH > à 0 et S < ou = à + 6	70 euros -MR	90 euros -MR	100 euros -MR	120 euros -MR
		SPH > à 0 et S > à + 6	75 euros -MR	90 euros -MR	100 euros -MR	120 euros -MR
		SPH < à - 6 et CYL > ou = à + 0,25	80 euros -MR	100 euros -MR	110 euros -MR	130 euros -MR
	SPH de - 6 à 0 et CYL > à + 4	100 euros -MR	120 euros -MR	130 euros -MR	150 euros -MR	
Progressif et Multifocal	Sphérique	SPH de -4 à + 4	130 euros -MR	150 euros -MR	190 euros -MR	210 euros -MR
		SPH < à -4 ou > à + 4	150 euros -MR	170 euros -MR	210 euros -MR	230 euros -MR
	Sphéro cylindrique	SPH de -8 à 0 et CYL < ou = à + 4	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR	240 euros -MR
		SPH > 0 et S < ou = à + 8	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR	240 euros -MR
		SPH de - 8 à 0 et CYL > à + 4	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR	240 euros -MR
		SPH > à 0 et S > à + 8	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR	240 euros -MR
	SPH < à - 8 et CYL > ou = à + 0,25	160 euros -MR	180 euros -MR	220 euros -MR	240 euros -MR	
Monture		50 euros - MR	75 euros - MR	100 euros - MR	100 euros - MR	

(a) Le verre neutre est compris dans cette classe

(*) Equipements 100% Santé – Classe A :

Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100% santé », tels que définis réglementairement.
 Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes

() Equipements libres – Classe B :**

Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

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

(*) Conditions de renouvellement de l'équipement :**

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


MONTANT DES PRESTATIONS
Régime Socle
Socle + Option 1
Socle + Option 2
Socle + Option 3
Responsible

§ Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

§ Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

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

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

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

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

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
 - les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

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

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


MONTANT DES PRESTATIONS

Régime Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
--------------	------------------	------------------	------------------

Responsable

Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B

	100% TM, dans la limite des PLV - MR	100% TM, dans la limite des PLV - MR	100% TM, dans la limite des PLV - MR	100% TM, dans la limite des PLV - MR
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B				
Supplément pour verres avec filtres de classe B				
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM

Autres postes optique

Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	2% PMSS ³	3% PMSS ³	5% PMSS ³	8% PMSS ³
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
La chirurgie réfractive, par œil	-	10% PMSS ⁴	25% PMSS ⁴	25% PMSS ⁴

³ PMSS en vigueur au jour de la dépense

⁴ PMSS en vigueur au jour de l'intervention

Autres postes

Frais de Transport du malade en véhicule sanitaire	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité Sociale	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Cures Thermales	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR
+ Forfait par bénéficiaire	-	5% PMSS ⁵	10% PMSS ⁵	15% PMSS ⁵

⁵ PMSS en vigueur au 1er jour de la cure

Garanties et Services Santé complémentaires - Annexe 1

Bien-être et prévention	
Prévention cancer	Inclus
Le bien-être au quotidien : Conseil bien-être	Inclus
La santé au travail : aider l'établissement à jouer son rôle d'acteur de santé avec Préventelis	Inclus
Santé au quotidien	
Chat médico-social	Inclus
Le réseau Itélis permet aux assurés d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget. La description de ce service est donnée au chapitre correspondant	Inclus
Second avis médical	Inclus
Accompagnement dans les moments difficiles	
Palmarès des hôpitaux	Inclus
Les services d'assistance : CONFORT	Inclus

Pour mieux comprendre les garanties

DPTM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

PMSS = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

TM = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR = Frais réels.

FR-MR = Frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

EUROS - MR = Montant en Euros sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

SECURITE SOCIALE = il s'agit du régime d'assurance maladie obligatoire, prenant en charge les remboursements des frais de santé et régi par le Code de la Sécurité sociale français.

HLF = **Les Honoraires Limites de Facturation** correspondent au prix maximum de vente à l'assuré social. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale. Ils sont fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire**

PLV = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale.**

ETENDUE DES GARANTIES

(dans la limite des garanties présentes et définies au tableau des garanties assurées)

HOSPITALISATION

Sont pris en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétricale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale, sont également pris en charge :

- . les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile,
- . l'hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétricale de moins de 24 heures,
- . l'intervention chirurgicale sans hospitalisation.

Les frais de séjour comprennent les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques.

L'hospitalisation comprend également la maternité; les frais, y compris les dépassements d'honoraires sont pris en charge au 1^{er} jour d'hospitalisation,

MATERNITE

Les frais de maternité, inhérents à la naissance, pris en charge par les assurances sociales au titre de l'assurance maternité, ouvrent droit, sur présentation d'un extrait d'acte de naissance, et dans la mesure où ils ont été exposés pendant la période d'assurance, à un forfait. Ce forfait est versé par enfant et concerne également l'adoption plénière.

AIDES AUDITIVES

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

CURES THERMALES

L'indemnité complémentaire ne peut, en tout état de cause, excéder la différence entre les frais réels et les prestations versées au même titre par la Sécurité sociale et tout autre organisme. La durée de prise en charge est identique à celle de la Sécurité sociale française.

OPTIQUE

Définition des lentilles correctrices : Les lentilles de contact sont des verres correcteurs qui, posés sur la cornée, corrigent la vue du bénéficiaire de manière instantanée. Toute lentille ne permettant pas de correction optique instantanée ne peut pas faire l'objet d'une prise en charge au titre de ce contrat. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que dans certains cas spécifiques.

En cas de fraude

Dans l'hypothèse où l'organisme assureur démontrerait une fraude commise par le participant ou les bénéficiaires couverts par le présent contrat, l'organisme assureur se réserve le droit de demander le remboursement des sommes trop payées au titre des prestations santé, dans le respect des procédures réglementaires. La fraude inclut la manipulation délibérée des données médicales ou des documents médicaux (y compris factures, notes d'honoraires).

EXCLUSIONS :

Nous ne prenons pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale.

Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».

Si le bénéficiaire des soins consulte un médecin non conventionné avec la Sécurité sociale, la garantie est appliquée sur la base du tarif d'autorité.

ARTICLE 32 - DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE

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

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

En vue du règlement des prestations, un dossier de demande de prestations est rempli, accompagné des pièces justificatives mentionnées à [l'Article 33](#).

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

ARTICLE 33 - PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

Dans tous les cas :

- Originaux des décomptes des prestations servies par la Sécurité Sociale ou pièces numérisées, indiquant la qualité de la personne malade et le montant du remboursement au titre de l'Assurance Maladie et/ou Accident du Travail ou Maladies Professionnelles
- La prescription médicale,
- Le devis préalable lorsqu'il conditionne la prestation,
- Les pièces justificatives si le montant des frais réels ne figure pas sur le volet de décompte de la Sécurité Sociale. (*)

(*) Elles sont indispensables dans les cas suivants :

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

Selon la facturation dont relève l'établissement :

- le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,
- l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier et notes d'honoraires correspondant à la chirurgie, datées et signées par le praticien ou l'établissement qui les a délivrées, mentionnant les nom et prénoms de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et le cas échéant, la nature des actes pratiqués,
- l'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement.

Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires ou pièces numérisées.

- Pharmacie : le bordereau subrogatoire du pharmacien en cas d'utilisation du tiers payant.
- Médicaments non pris en charge par la Sécurité Sociale : la prescription médicale et l'original de la facture.
- Autres postes (auditif, appareillage et prothèses diverses autres que dentaires, ...) : en cas de dépassement du tarif de la Sécurité Sociale, selon le cas, l'original de la facture détaillée ou la photocopie de la feuille de soins.

- Soins dentaires / Inlays onlays d'obturation : le chirurgien-dentiste doit mentionner la codification des actes.

Prothèses dentaires / Orthodontie / Actes de parodontologie / Actes dentaires non pris en charge par la Sécurité Sociale :

- la photocopie de la feuille maladie complétée par le dentiste après exécution des travaux,
- l'original de la facture et/ou note d'honoraires détaillées et acquittées de tous les actes pratiqués (partie prise en charge et partie non prise en charge, numéro des dents soignées),

Orthodontie non prise en charge :

- la facture acquittée et détaillée, émise par un professionnel de santé portant le cachet, la signature et le n° ADELI, le n° RPPS ou le n° FINESS du praticien.

- Lunettes : l'original de la facture détaillée et acquittée, indiquant le numéro des verres, le coût et la marque des verres et de la monture, la correction visuelle et le type de verre,

Lentilles de contact correctrices :

- l'original de la facture détaillée et acquittée, indiquant le coût et la marque des lentilles,
- l'original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) s'agissant des lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale.

- Opération de l'œil : l'original de la facture

- Maternité :

- l'original de la facture,
- copie de l'acte de naissance de l'enfant ou copie du livret de famille (Attention : cette démarche ne remplace pas l'inscription de l'enfant en tant que bénéficiaire du régime, cette inscription devant être expressément demandée à votre Service du Personnel).

- Adoption : une copie du jugement d'adoption plénière.

- Cures thermales :

- l'original de la facture de l'établissement thermal détaillée et acquittée,
- l'original du décompte de la Sécurité Sociale se rapportant à cette cure ou pièce numérisée,
- l'attestation de séjour en cure indiquant la durée du séjour.

- Prévention :

- l'original du décompte de la Sécurité Sociale, en ce qui concerne les vaccins ou actes pris en charge par cet organisme,
- l'original de la facture du pharmacien, en ce qui concerne les vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale
- la note d'honoraires et/ou l'original de la facture, en ce qui concerne la consultation du diététicien.

- Médecines non conventionnelles : l'original de la facture ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le n° ADELI ou le n° RPPS.

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

ARTICLE 34 - DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

L'organisme recommandé procédera au paiement des prestations dans le délai maximal de 10 jours ouvrés à compter de la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au paiement. Ce délai s'entend hors délais bancaires et éventuelles dispositions spécifiques prévues dans les conditions particulières.

ARTICLE 35 - DÉCHÉANCE

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

ANNEXE 1 GARANTIES ET SERVICES SANTE COMPLEMENTAIRES

Uniprévoyance, votre partenaire santé et prévoyance, vous accompagne avec des services innovants et de qualité.

En agissant au-delà des remboursements que nous devons, nous contribuons à votre bien-être.

Notre écoute, notre savoir-faire d'assureur et notre capacité d'innovation nous permettent d'être à vos côtés à chaque étape de votre vie.

Vous trouverez ci-dessous les services que nous mettons à votre disposition pour améliorer votre santé au quotidien, votre bien-être ou encore pour vous accompagner dans les moments difficiles, à travers des procédures régulièrement simplifiées.

À chaque instant, en toute simplicité, nous prenons soin de vous.

Compte tenu de l'évolution constante des technologies, l'assureur se réserve le droit de changer de prestataire pour vous permettre de bénéficier à tout moment du meilleur service. Vous serez informé de ce changement par tout moyen, sans qu'il soit prévu de le formaliser par un avenant au présent contrat.

1. BIEN ETRE ET PREVENTION

1.1 LA SANTE AU TRAVAIL : AIDER L'ETABLISSEMENT A JOUER SON ROLE D'ACTEUR DE SANTE AVEC PREVENTELIS

L'outil Préventelis accompagne l'employeur pour l'aider à respecter ses obligations en matière de santé et sécurité au travail, en facilitant la rédaction du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) de manière simple, rapide et digitalisée. Préventelis permet de superviser efficacement la mise à jour obligatoire du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

1.2 PREVENTION CANCER

1.2.1 OBJET DU SERVICE

Ce service a pour objet de permettre au bénéficiaire de suivre un parcours, nommé « prévention cancer », initié en ligne par un questionnaire. La finalité de ce parcours est de sensibiliser le bénéficiaire :

- aux risques de développer une pathologie cancéreuse,
- aux actions à mener compte tenu des réponses apportées.

1.2.2 MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE

Le questionnaire est accessible en ligne, il est librement complété par le bénéficiaire.

Les informations collectées (ses antécédents médicaux, son mode de vie, son environnement ...) sont exploitées et restituées dans un document complet qui met en avant les facteurs de risque et établit des actions à mener.

A réception de ce document, le bénéficiaire a la possibilité de prendre un rendez-vous nommé « entretien de prévention » à distance, avec un professionnel de santé qui l'accompagne dans l'interprétation de ses résultats et l'oriente vers les actions à mener.

Ce document ne constitue pas un diagnostic.

1.2.3 OBLIGATIONS DU BENEFICIAIRE

Le bénéficiaire est seul responsable de l'exactitude des renseignements qu'il donne dans le questionnaire ou au cours de l'entretien de prévention.

1.2.4 ORGANISME PRESTATAIRE

L'assureur choisit un ou plusieurs prestataires pour la mise en œuvre du service « prévention cancer ».

Compte tenu de l'évolution constante des technologies, l'assureur se réserve le droit de changer de prestataire pour vous permettre de bénéficier à tout moment du meilleur service. Vous serez informé de ce changement par tout moyen.

1.3 LE BIEN-ETRE AU QUOTIDIEN : CONSEIL BIEN-ETRE

Un programme de prévention santé pour préserver sa forme et prendre soin de soi au quotidien grâce à des programmes de coaching, des défis, des conseils nutrition et bien-être.

2. LA SANTE AU QUOTIDIEN

2.1 TELECONSULTATION

La téléconsultation est une consultation médicale à distance, assurée par un médecin généraliste inscrit à l'Ordre des Médecins. L'entretien est protégé par le secret médical. La téléconsultation ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences.

Elle est prise en charge au titre du poste honoraires médicaux.

2.2 CHAT MEDICO-SOCIAL

Un service dont la vocation est d'apporter des réponses documentées aux questions des bénéficiaires sur leur santé. Le service est animé, par chat ou téléphone, par une équipe médicale pluridisciplinaire. Il est ouvert aux questions posées par les bénéficiaires sur la santé de leurs proches.

2.3 SECOND AVIS MEDICAL

Le Second Avis Médical permet aux bénéficiaires du contrat, en cas d'Atteinte Corporelle Grave, de demander un avis médical supplémentaire venant d'un Médecin spécialiste. Le bénéficiaire pourra ainsi obtenir un éclairage complémentaire sur le diagnostic et/ou le traitement préconisé en premier lieu par le Médecin en charge de son suivi. Le Bénéficiaire peut bénéficier de cette prestation une fois par an. En aucun cas le Second Avis Médical ne donne lieu à examen médical avec le Médecin spécialiste qui rend ce Second Avis Médical. Sont exclues du champ d'application de la prestation Second Avis Médical : toute demande n'ayant pas fait préalablement l'objet d'un premier diagnostic et les maladies présentant un caractère d'urgence, c'est-à-dire qui présentent un caractère vital et nécessitent une action médicale immédiate des services d'urgences.

2.4 LES RESEAUX DE PROFESSIONNELS DE SANTE ITELIS

Les réseaux de professionnels de santé Itelis permettent d'accéder à des soins de qualité à tarif négocié : optique, dentaire, audioprothèse, chirurgie réfractive, médecine douce.

Pour profiter des avantages des réseaux Itelis :

Localiser le partenaire le plus proche

- Soit depuis l'Espace Client via le service de géolocalisation,
- Soit en appelant le numéro figurant sur l'attestation de tiers payant

3. ACCOMPAGNEMENT DANS LES MOMENTS DIFFICILES

3.1 PALMARES DES HOPITAUX

Des conseils pratiques pour préparer au mieux une hospitalisation ou celle d'un proche.

La possibilité :

- d'accéder à un palmarès des hôpitaux en ligne, pour trouver l'hôpital adapté,
- d'évaluer les dépassements d'honoraires du chirurgien,
- de bénéficier de conseils pratiques pour préparer son hospitalisation

3.2 LES SERVICES D'ASSISTANCE

Le contrat bénéficie des garanties d'assistance CONFORT assurées auprès d'INTER PARTNER ASSISTANCE. Les conditions générales sont jointes à la présente notice.

3.2.1 PENDANT L'HOSPITALISATION OU L'IMMOBILISATION

Assistance en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours

Pour chacune des prestations ci-dessous, seule une intervention par an est prise en charge. Au-delà d'une intervention par an, l'assisteur peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de prestataires qualifiés. Le coût du personnel qualifié reste alors à la charge du bénéficiaire.

Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

L'assisteur organise et prend en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe pour un proche résidant en France pour qu'il puisse se rendre à son chevet pendant son immobilisation.

L'assisteur organise son hébergement sur place et prend en charge ses frais d'hôtel pendant 3 nuits maximum à concurrence de 80 € par nuit (chambre et petit déjeuner inclus).

Les frais de nourriture et les frais annexes ne sont pas pris en charge.

Cette garantie est accordée si aucun membre de sa famille ne se trouve dans un rayon de 50 km du lieu de domicile du bénéficiaire concerné.

Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans du bénéficiaire, dès le premier jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile, l'assisteur l'organise et la prend en charge :

- Soit en permettant la venue d'un proche à son domicile,
- Soit en acheminant ses enfants au domicile d'un de ses proches,
- Soit en confiant la garde des enfants à son domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école sont pris en charge jusqu'à 75 € maximum par hospitalisation ou immobilisation.

Cette prestation est limitée à 40 h, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

L'assisteur intervient à la demande des parents et il ne peut pas être tenu pour responsable des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

L'assisteur prend en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1e classe.

Aide-ménagère à domicile

L'assisteur recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, ou pendant l'immobilisation à domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit en faire la demande à l'assisteur dans les 8 jours suivant son hospitalisation.

L'assisteur limite toutefois cette aide à une période maximale de 40 heures. La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par l'équipe médicale de l'assisteur en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.

3.2.2 APRES L'HOSPITALISATION OU L'IMMOBILISATION

Garde malade

L'assisteur recherche et prend en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit en faire la demande à l'assisteur dans les 8 jours suivant son hospitalisation.

L'assisteur limite toutefois cette aide à la période de 20 jours suivant l'hospitalisation. La durée de présence de la garde malade est fixée par l'équipe médicale de l'assisteur, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 4 heures consécutives minimum par jour.

Soutien scolaire

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant du bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, l'assistant recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.

Ces cours sont dispensés à partir du 16^e jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 15 heures maximum par semaine.

3.2.3 ASSISTANCE EN CAS DE DEPLACEMENT A PLUS DE 50 KM DU DOMICILE

Si le bénéficiaire est victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de son domicile, l'assistant organise et prend en charge son rapatriement sanitaire par le moyen de transport du choix de l'assistant dès que son état de santé le permet.

La décision du rapatriement est prise en fonction des seuls impératifs médicaux.

L'assistant dirige alors le bénéficiaire :

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

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

Pour ouvrir droit aux prestations de l'assistant, l'atteinte corporelle grave doit être constatée par une autorité médicale.

3.2.4 DEFINITIONS APPLICABLES AUX SERVICES D'ASSISTANCE

Territorialité

Les garanties d'assistance « Rapatriement » s'exercent dans le monde entier. Les autres garanties s'exercent en France.

Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire. Il est situé en France.

Hospitalisation

Admission dans un établissement de santé en vue d'un traitement médical ou chirurgical prescrit par un médecin (y compris dans un service d'urgences et hospitalisation ambulatoire) entraînant par la suite une immobilisation au domicile.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 5 jours.

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le bénéficiaire.

Équipe médicale

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur.

Proche

Membre de la famille ou toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le bénéficiaire.

Membre de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le bénéficiaire.

3.2.5 MISE EN ŒUVRE DES SERVICES D'ASSISTANCE

L'assisteur prend en charge les seules prestations qu'il organise. Pour la mise en place des services d'assistance, le bénéficiaire doit contacter l'assisteur au numéro unique :

01 72 59 51 60

(prix d'une communication locale)

L'assuré sera invité à communiquer les renseignements suivants :

- prénom et nom,
- le numéro de convention d'assistance : **7204544** ;
- la raison sociale de l'établissement.

L'assisteur ne peut être tenu pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

L'assisteur ne peut pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

