



Etablissements d'Enseignement Privés

Sous Contrat

Régime de Frais de Santé EEP SANTE Janvier 2020

- Accord Collectif Frais de Santé du 18 juin 2015 -
- Avenant n°1 du 26 septembre 2018 -
- Avenant n°2 du 13 novembre 2019 -

CONDITIONS GENERALES Ensemble du personnel salarié

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	3
DEFINITIONS	4
TITRE I DISPOSITIONS GENERALES	5
ARTICLE 1. OBJET DU CONTRAT	5
ARTICLE 2. ADHESION DES ETABLISSEMENTS	5
ARTICLE 3. DUREE DU CONTRAT – RESILIATION DU CONTRAT	6
ARTICLE 4. MODALITES D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	6
ARTICLE 5. PRISE D’EFFET, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES	7
ARTICLE 6. MAINTIENS DES GARANTIES.....	8
ARTICLE 7. COTISATIONS.....	12
ARTICLE 8. PRESTATIONS PRESENTANT UN DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE.....	14
ARTICLE 9. PAIEMENT DES COTISATIONS.....	15
ARTICLE 10. BORDEREAU NOMINATIF ANNUEL - FORMALITES	15
ARTICLE 11. PRESTATIONS	15
ARTICLE 12. PRESCRIPTION	16
ARTICLE 13. ÉLECTION DE DOMICILE	16
ARTICLE 14. INFORMATION DES PARTICIPANTS	16
ARTICLE 15. FONDS SOCIAL.....	16
ARTICLE 16. ORGANISME DE CONTROLE DES ASSURANCES	16
ARTICLE 17. LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.....	17
ARTICLE 18. MEDIATEUR.....	17
TITRE II GARANTIE FRAIS DE SANTE.....	18
ARTICLE 19. OBJET DE LA GARANTIE.....	18
ARTICLE 20. BÉNÉFICIAIRES.....	18
ARTICLE 21. ADHESION AU REGIME SOCLE OBLIGATOIRE.....	18
ARTICLE 22. CHOIX DE NIVEAU DE COUVERTURE.....	18
ARTICLE 23. SUBROGATION	19
ARTICLE 24. FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION – EXCLUSIONS.....	19
ARTICLE 25. COUVERTURE.....	20
ARTICLE 26. PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	31
ARTICLE 27. DÉCHÉANCE.....	32
ANNEXE 1 - LES SERVICES D'INFORMATION MEDICALE ET SOCIALE.....	33
ANNEXE 2 - LES SERVICES EN OPTIQUE, DENTAIRE ET AUDIOPROTHESE	34

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 et 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 26 septembre 2018 et l'avenant n° 2 du 13 novembre 2019, s'impose aux employeurs relevant du champ d'application professionnel des conventions collectives et statut suivants :

Numéro IDCC	Intitulé du texte applicable
3218	Convention collective de l'Enseignement privé non lucratif (pour les sections 3 à 9 du chapitre 2)
7520	Convention collective des personnels des établissements agricoles privés relevant du Conseil National de l'Enseignement Agricole Privé
9999	Statut du chef d'établissement de l'Enseignement catholique

Les établissements d'enseignement supérieur privé relevant de la Convention collective de l'enseignement privé non lucratif (EPNL, sections 1 et 2) pourront adhérer volontairement au régime de branche.

Sous réserve d'une autorisation expresse de la Commission Paritaire Nationale EEP santé, pourront adhérer volontairement :

- les organismes contribuant au fonctionnement des établissements désignés ci-dessus. Sont notamment concernés les organismes nationaux, régionaux ou départementaux ou diocésains (organisations constituant le Collège employeur, CNEAP, UDOGEC, UROGEC, CNEAP-Région, DDEC et leurs structures satellite)¹ ;
- ainsi que d'autres structures la sollicitant comme certaines structures de l'Eglise en France².

¹ Les organismes nationaux, fédéraux, territoriaux contribuant au fonctionnement des établissements relevant de la CC EPNL (IDCC 3218, section 9) entrent, à compter de l'extension du champ d'application de ladite convention collective, de plein droit dans le champ d'application de accord collectif.

² Non couvertes par la convention collective nationale du personnel des diocèses de l'Eglise catholique de France (IDCC 1818).

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 les partenaires sociaux pour la mise en œuvre de l'accord du 18 juin 2015
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 ou institution de prévoyance garantissant les prestations, recommandé par l'accord du 18 juin 2015
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

TITRE I 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.

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

- de l'accord relatif à la mise en place du régime frais de santé dénommé EEP SANTE signé par les partenaires sociaux, ainsi que l'avenant n° 1 du 26 septembre 2018 et l'avenant n°2 du 13 novembre 2019.
- de l'accord paritaire portant recommandation des organismes assureurs du 18 juin 2015
- de la convention d'assurance signée entre les partenaires sociaux et les organismes recommandés,
- des présentes conditions générales,
- du bulletin d'adhésion signé par l'établissement et l'organisme recommandé.

Le présent Titre I « dispositions générales » fixe les conditions dans lesquelles l'organisme recommandé assure au participant et à sa famille, 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 II « Garantie Frais de santé ».

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 en lieu et place du socle. Il 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 apportées au contrat d'adhésion par avenant conclu avec les signataires de l'accord du 18 juin 2015.

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

▪ Résiliation du contrat d'adhésion

L'adhésion peut être résiliée à l'initiative de l'adhérent, signifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant l'échéance du contrat, soit le 31 octobre de l'année en cours.

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

Sous réserve des maintiens des garanties définis à l'article 6-1, le salarié perd également la qualité de membre participant lorsqu'il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel concernée ou lorsqu'il 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 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 du présent Titre.

▪ 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 regroupements 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 collectif

La résiliation du contrat d'assurance collective souscrit par les signataires de l'accord collectif du 18 juin 2015 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 garantis au titre de participants 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 pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, congé pour projet de transition professionnelle, périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité, détention pénitentiaire),
- affilié à la Sécurité Sociale.

L'adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant aux dites catégories de personnel.

▪ **Dispenses d'affiliation**

Toutefois, conformément à l'article 3.2 de l'accord collectif, 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. 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 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 prendra effet le 1er jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable pendant 2 ans.

ARTICLE 5. PRISE D'EFFET, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES

Article 5.1 Prise d'effet des garanties

1. 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,
 - 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 viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.
- 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 1er janvier suivant la réception de la demande du participant.
 - en cas de changement de situation de famille, l'adhésion au régime optionnel prend effet au 1er 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.

2. Pour les membres de la famille :

En cas d'extension des garanties aux membres de sa famille, tous les ayants-droit 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

1. Pour le participant

Les garanties du présent contrat cessent :

- à la date de résiliation du contrat d'adhésion, ou de la convention d'assurance collective souscrite par les signataires de l'accord du 18 juin 2015,
- 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 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.

La radiation du participant entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des membres de sa famille.

2. Pour les membres de la famille

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 membres de la famille ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 23 du Titre II 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 et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit.

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 pour les raisons suivantes :

- congé sabbatique visé à l'article L 3142-28 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L 3142-105 et suivants du Code du Travail ;
- congé parental d'éducation visé à l'article L 1225-47 du Code du Travail ;
- congé pour projet de transition professionnelle visé aux articles D.6323-9 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.

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.

▪ **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 maximale égale à la durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée, telle que déclarée par l'adhérent, est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

▪ Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier 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 du bulletin d'adhésion

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

▪ 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.

▪ 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 deux 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 des garanties au titre de l'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.

▪ **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.

▪ **Modalités de changement de niveau de couverture**

Les anciens salariés 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 22 - CHOIX DU NIVEAU DE COUVERTURE.

▪ **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.

▪ **Cotisations**

Les cotisations sont indiquées à l'article 7. Elles sont payables par le participant, mensuellement, selon les conditions définies dans la notice d'information et sur le bulletin individuel d'adhésion.

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations pour lui-même et pour sa famille. A ce titre, le participant remet 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.

▪ **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 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.

▪ **Cessation des garanties**

Le maintien de garanties cesse pour chaque participant :

- en cas de défaut de paiement des cotisations tel que prévu au paragraphe Défaut du paiement des cotisations ci-dessus,
- à la date de dénonciation de l'adhésion par le participant, opérée par lettre recommandée adressée au moins deux mois avant la fin de l'année civile. La dénonciation de l'adhésion est définitive tant pour le participant que pour ses ayants droit.
- 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.
- 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.

▪ **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

▪ **Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée**

Le bénéfice du contrat 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.

Ce maintien donne lieu à paiement des cotisations prévues à l'article 7 du présent titre.

▪ **Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée**

Par dérogation à l'article 5.3 du présent titre, 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 du présent titre.

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

Depuis le 1^{er} janvier 2019, les cotisations sont forfaitaires et exprimées en euros.

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.

Pour les anciens salariés (et leurs ayants droit) ayant adhéré au régime loi Evin à partir du 1er juillet 2017, 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 fixée à 125% du montant de cotisation des actifs et la 3^{ème} année à 150%.

Ces montants de cotisation valent tant pour les anciens salariés que pour leurs ayants droit, tant pour le socle que pour les niveaux de couverture optionnels (option 1, 2 et 3).

Le montant de la cotisation à partir de la 4^{ème} année sera fixé par avenant à l'accord paritaire.

Pour les anciens salariés (et leurs ayants droit) ayant adhéré au régime loi Evin entre le 1er janvier 2016 et le 30 juin 2017, la cotisation est plafonnée de manière viagère à 150% du montant de la cotisation des actifs à compter de 2020. Pour l'année 2018, ils se sont vu appliquer 100% du montant de la cotisation des actifs et 125% en 2019.

Pour l'exercice 2020, les cotisations mensuelles sont fixées, en euros, comme suit :

1/ Cotisations pour les salariés et leurs ayants-droit

Les cotisations 2020 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	39,50€	23,80 €	10,30€	26,70€	37€
Conjoint	43,50 €	26,20 €			
Enfant (1)	21,70 €	13,20€	5,70€	14,40€	20,40 €

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

Pour l'année 2020, la répartition de la cotisation mensuelle au titre du socle conventionnel obligatoire est la suivante conformément à l'article 9.2 de l'Accord collectif du 18 juin 2015 :

- Régimes général et agricole : 19,75€ minimum pour l'employeur et 19,75€ maximum pour le salarié ;
- Alsace-Moselle : 19,75€ minimum pour l'employeur et 4,05€ maximum pour le salarié.

2/ Cotisations pour les anciens salariés entrés dans le dispositif EEP santé EVIN et leurs ayants-droit

Les cotisations 2020 des anciens salariés entrés dans le dispositif Evin EEP Santé à compter du 1^{er} janvier 2019, des anciens salariés privés d'emploi et bénéficiant de revenus de remplacement sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	39,50€	23,80€	10,30€	26,70€	37€
Conjoint	43,50€	26,20€			
Enfant (1)	21,70€	13,20€	5,70€	14,40€	20,40€

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

Les cotisations 2020 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin EEP Santé entre le 1^{er} janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2018, 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	49,40€	29,80€	12,90€	33,40€	46,30€
Conjoint	54,40€	32,70€			
Enfant (1)	21,70€	13,20€	5,70€	14,40€	20,40€

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

Les cotisations 2020 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin EEP Santé avant le 1^{er} janvier 2018, 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	59,30€	35,70€	15,50€	40,10€	55,50€
Conjoint	65,30€	39,30€			
Enfant (1)	21,70€	13,20€	5,70€	14,40€	20,40€

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

▪ **Réduction tarifaire**

Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois et les salariés pour lesquels la cotisation représente au moins 10% de leurs rémunérations brutes bénéficient d'une exonération totale de la part salarié de la cotisation conventionnelle au titre de la couverture du socle obligatoire.

Les salariés visés bénéficient de cette réduction tarifaire sur le socle y compris s'ils souscrivent une option. Par rémunérations brutes, 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.

▪ **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 visés au premier alinéa 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 18 juin 2015 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 18 juin 2015 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 :

Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois et les salariés pour lesquels la cotisation représente au moins 10% de leurs rémunérations brutes bénéficient d'une exonération totale de la part salarié de la cotisation conventionnelle au titre de la couverture du socle obligatoire.

Par rémunérations brutes, 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 18 juin 2015 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 musculosquelettiques (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

▪ **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 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 suivants 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.

▪ **Pour le participant au titre des régimes facultatifs options 1, 2 ou 3 et pour l'extension aux membres de la famille 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 sa famille. A ce titre, le participant remet 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.

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 II – Garantie Frais de santé ci-après.

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 fautive 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 peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du code civil :

- **Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,**
- **Demande en justice, même en référé,**
- **Acte d'exécution forcée.**

La prescription est interrompue, outre les causes ordinaires d'interruption, par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée soit au membre adhérent par l'organisme recommandé en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'organisme recommandé par le membre participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 13. 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 14. 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 :

En cas de changement, 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 à chaque membre participant. En cas de litige, la preuve de la remise de la nouvelle notice lui incombe.

ARTICLE 15. FONDS SOCIAL

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

ARTICLE 16. 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 17. LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

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

En retour, les participants ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer, ou demander leur rectification, il leur suffit de contacter le Délégué à la Protection des Données de l'organisme recommandé (DPO) dpo@uniprevoyance.fr

ARTICLE 18. MEDIATEUR

Toutes les réclamations d'un participant et d'un adhérent relatives à l'exécution du contrat devront être envoyées à l'organisme assureur.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'organisme assureur et après épuisement des procédures internes de réclamations, les adhérents, les participants, bénéficiaires et ayants droit pourront s'adresser au médiateur du CTIP pour les organismes relevant du Code de la Sécurité Sociale et au médiateur de la FFA pour les organismes relevant du Code des Assurances, sans préjudice d'une action devant le tribunal compétent.

<p>Médiateur de la protection sociale (CTIP) 10 rue Cambacérès – 75008 PARIS Tél : 01 42 66 68 49 Formulaire disponible sur le site : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/.</p>	<p>Médiateur de l'assurance TSA 50110 75441 PARIS CEDEX 09</p>
--	--

TITRE II GARANTIE FRAIS DE SANTE

ARTICLE 19. 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 20. BÉNÉFICIAIRES

▪ 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 salarié.

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 salarié, ayant moins de 21 ans et vivant au foyer ou ceux qu'il y a accueillis (familles recomposées).

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 salarié ou assimilés 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 21. 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 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 22. CHOIX DE NIVEAU DE COUVERTURE

Le participant peut choisir, pour lui-même et les membres de sa famille affiliés au titre du régime socle obligatoire, l'option 1, l'option 2 ou l'option 3 en complément du régime socle. La cotisation correspondante est alors appliquée.

Les membres de la famille ne peuvent pas choisir une option différente de celle retenue par le participant pour lui-même.

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 comme suit :

- passage à un niveau supérieur (du régime socle à l'option 1, 2 ou 3, ou d'une option à une option supérieure) :
 - o le changement prend effet au 1er janvier suivant la réception de la demande, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme recommandé au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours,

- en cas de changement de situation de famille, le changement prend effet au 1^{er} jour du mois suivant le changement de situation.
Mais pour les nouveaux nés ou les enfants venant d'être adoptés, cette modification peut prendre effet, sur demande, à la date de changement de situation.

- passage à un niveau inférieur (de l'option 3 à l'option 2, de l'option 2 à l'option 1, de l'option 1 au socle) :
- Le changement est possible **sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 2 ans dans l'option d'origine.**
- Il prend effet au 1^{er} janvier suivant la réception de la demande, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours.

Par exception (et sous réserve que le salarié en apporte la preuve) :

- en cas de changement de situation de famille : le changement prend effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande ;
- en cas de diminution de plus de 20 % des revenus du foyer : le changement prend effet au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet suivant la réception de la demande.

Par dérogation au principe de passage à un niveau immédiatement inférieur, il pourra être passé, dans ces deux cas, de l'option 3 à l'option 1 ou au socle, et de l'option 2 au socle.

ARTICLE 23. SUBROGATION

Dans la limite des prestations prises en charge par l'organisme recommandé, celui-ci est subrogé dans les droits du participant à l'égard du tiers responsable.

ARTICLE 24. FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION – EXCLUSIONS

- a) Les frais ouvrant droit à prestation sont, sous réserve des dispositions des paragraphes b), c), d), e) et f) ci-après, ceux énumérés à l'article **25 - COUVERTURE** du présent titre qui, concernant des traitements de maladie ou d'accident, ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, ont fait l'objet d'une prescription médicale et pour lesquels la date des soins figurant sur le bordereau de la Sécurité Sociale est comprise entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la nomenclature 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 **25 - COUVERTURE** du présent titre.

- b) Une demande de prise en charge est exigée s'agissant d'un séjour en maison de repos et de convalescence non exclu aux termes du paragraphe c) ci-après.
- c) **SONT EXCLUS DE LA GARANTIE, LES FRAIS D'HEBERGEMENT EXPOSES :**
- EN ETABLISSEMENTS DE POST-CURE,
 - EN CENTRE DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE,
 - EN CENTRE SPECIALISE DE SOINS POUR TOXICOMANES.
- d) En tout état de cause, les actes pratiqués par des auxiliaires médicaux mais non prescrits médicalement n'ouvrent pas droit à prestation.
- e) L'organisme recommandé ne prend pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité Sociale.
- f) Les dépassements d'honoraires sont pris en charge dans la mesure où ils ont été déclarés par le praticien à la Sécurité Sociale et dans la mesure où ils sont prévus à l'article **25 - COUVERTURE** du présent titre sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « 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 des dépenses sans reste à charge pour l'assuré pour certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant les plafonds des Prix Limites de Vente conventionnels et les Honoraires Limites de Facturation. La mise en place de cette prise en charge se fait progressivement selon le calendrier réglementaire.

• **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.

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.

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 25. COUVERTURE

Les remboursements présentés ci-après sont 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 en complément de ceux de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.

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


MONTANT DES PRESTATIONS

	REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
	Responsable			
Hospitalisation (y compris frais de maternité)				
Frais de séjour	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité Sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient K>60.				
Honoraires				
(y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile).				
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
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				
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				

MONTANT DES PRESTATIONS					
REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3		
Responsable					
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	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	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 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	400 € / an / bénéficiaire	
Prothèses (Hors 100 % Santé)					
Panier Maîtrisé **					
Prothèses fixes : (couronnes et bridges)	100 % TM + 200 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 275 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 300 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 350 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	
Prothèses amovibles et prothèses provisoires	100 % TM + 200 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 275 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 300 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 350 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	
Inlay Core	100 % TM + 50 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 100 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 150 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 150 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	
Inlays onlays d'obturation :					
Jusqu'au 31 décembre 2020	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR	
A partir du 1er janvier 2021	100 % TM dans la limite des HLF	100 % TM + 50 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 100 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 350 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	
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	

MONTANT DES PRESTATIONS				
REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3	
Responsable				
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 €	450 €	800 €

***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 (Prix Limite de Vente : PLV) 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 Maitrisé :** 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
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

MONTANT DES PRESTATIONS				
REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3	
Responsable				
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
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				
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				
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, pris en charge par la Sécurité sociale.	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR

MONTANT DES PRESTATIONS			
REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
Responsable			

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. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le N° ADELI ou le N°FINESS du praticien sera demandé.

Aides auditives


Jusqu'au 31 décembre 2020

Aides auditives remboursées par la Sécurité Sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
+ Forfait / oreille / an et par bénéficiaire	200 Euros	200 Euros	300 Euros	300 Euros
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM

Jusqu'au 31 décembre 2020 un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- o Le renouvellement intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- o L'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré (par prescription médicale dans les conditions rappelées dans l'arrêté du 14 novembre 2018) ;
- o Pour la prise en charge, le prescripteur doit notamment attester de cette situation en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.

MONTANT DES PRESTATIONS			
REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
Responsable			

A partir du 1er janvier 2021					
Equipements 100% Santé* - Classe 1		100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	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

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.

***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			
REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
Responsable			

Prévention

1 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.

2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

3. 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.

4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5. 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 :

- . 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

6. 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.

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

- . 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

MONTANT DES PRESTATIONS
REGIME 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	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	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	SPH = Sphère CYL = Cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant par verre	Montant par verre	Montant par verre	Montant par verre
Unifocal	Sphérique	SPH de -6 à +6 ⁽¹⁾	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

⁽¹⁾ 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 :

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 :

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique : <ul style="list-style-type: none"> - 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 ; | <ul style="list-style-type: none"> - diplopie récente ou évolutive ; - les troubles de réfraction associés à une pathologie générale : <ul style="list-style-type: none"> - 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 : <ul style="list-style-type: none"> - 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			
	REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1 Responsable	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
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 ⁴	3 % PMSS ⁴	5 % PMSS ⁴	8 % PMSS ⁴
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 ⁵	25 % PMSS ⁵	25 % PMSS ⁵
⁴ PMSS en vigueur au jour de la dépense				
⁵ 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
Cures Thermales	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR
+ Forfait par bénéficiaire	-	5 % PMSS ³	10 % PMSS ³	15 % PMSS ³
³ PMSS en vigueur au 1^{er} jour de la cure				

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 de 1 € 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

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.**

ARTICLE 26. 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.
- Moyens de contraception féminine non pris en charge par la Sécurité Sociale et prescrits par un médecin : 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 / Orthopédie dento-faciale / 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),
- 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° FINESS du praticien.

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 27. 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 - LES SERVICES D'INFORMATION MEDICALE ET SOCIALE

UNIPREVOYANCE a négocié pour les bénéficiaires avec ITELIS des services d'information médicale et sociale ainsi que des services en cas de décès.

I - LES SERVICES D'INFORMATION MEDICALE ET SOCIALE

Un centre d'appel téléphonique est à la disposition des bénéficiaires, il est accessible grâce à un numéro de téléphone mentionné sur leur attestation de tiers payant santé. Une équipe de conseillers santé les met en relation avec des médecins, chirurgiens-dentistes, opticiens, diététiciens..., qui les informent et répondent à toutes les questions médicales ou administratives qu'ils peuvent leur poser et plus particulièrement dans les domaines suivants :

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

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

II - LES SERVICES EN CAS DE DECES

Nous mettons à la disposition des bénéficiaires ou de leurs proches un service d'informations par téléphone sur les formalités et démarches à accomplir.

Selon le cas, ce service devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire ou ses proches afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité d'UNIPREVOYANCE ne pourra, en aucun cas, être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

Les thèmes traités sont les suivants :

- L'organisation des obsèques,
- Les démarches après le décès,
- Les démarches facultatives,
- Les réglementations particulières.

ANNEXE 2 - LES SERVICES EN OPTIQUE, DENTAIRE ET AUDIOPROTHESE

UNIPREVOYANCE a négocié pour les bénéficiaires avec ITELIS des services spécifiques aux garanties optique, dentaire et audioprothèse.

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

Les bénéficiaires ont accès aux services suivants :

1. Informations à caractère général

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

2. Etudes de devis

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

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

Le service réalise également des simulations de remboursement de la Sécurité sociale et des garanties frais de santé du bénéficiaire, en se fondant sur les bases de remboursement de la Sécurité sociale, les formules de garanties et l'état des consommations.

3. Accès à un réseau de professionnels de santé partenaires

OPTIQUE

2 500 opticiens partenaires.

Tarifs privilégiés

- 40 % d'économie moyenne sur les verres grâce à des tarifs négociés*.
- 15 % de remise minimale sur les montures et le para-optique (lunettes de soleil, produits lentilles...).
- 10 % de remise minimale sur les lentilles.

* Economie moyenne calculée sur la base des corrections les plus fréquentes et des tarifs des verres de marque les plus vendus, tous types de verres confondus (unifocaux, mi-distance et multifocaux). Source : bases de données Itelis 2014.

Services exclusifs gratuits

- Dispense d'avance de frais grâce au tiers payant (selon les garanties prévues dans le contrat).
- Réparation et ajustement des équipements optiques.
- Examen annuel de la vue (non médical).
- Garantie casse sans franchise de 2 ans pour la monture et les verres et de 6 mois pour les lentilles rigides traditionnelles.
- Garantie adaptation sans franchise de 2 mois pour les verres et de 3 mois pour les lentilles traditionnelles.
- Garantie déchirure sans franchise de 3 mois pour les lentilles souples traditionnelles.
- Maintien des offres promotionnelles en cours dans le magasin en sus des avantages Itelis.

Qualité et traçabilité des produits

- Accord avec 12 marques de verres parmi les plus représentatives sur le marché français pour garantir la qualité et la traçabilité des équipements vendus au sein du réseau : BBGR, CODIR, ESSILOR, HOYA, MEGA OPTIC, NIKON, NOVACEL, OPTISWISS, RODENSTOCK, SEIKO, SHAMIR et ZEISS VISION CARE (liste susceptible d'évoluer).
- Valorisation de critères de qualité tel que le label « Origine France Garantie ».
- Traçabilité des produits grâce à un certificat d'authenticité disponible sur le site internet du verrier.

DENTAIRE

2 500 chirurgiens-dentistes omnipraticiens et 120 spécialistes en implantologie partenaires.

Tarifs privilégiés

- Jusqu'à 15 % d'économie sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridges).
- Jusqu'à 25 % d'économie sur un traitement implantaire.
- Tarif à partir de 1 400 € pour un acte complet d'implantologie (implant, pilier, couronne).

Services exclusifs gratuits

- Dispense d'avance de frais grâce au tiers payant pour les prothèses (selon les garanties prévues dans le contrat).
- Remplacement de l'implant en cas de rejet.

AUDIOPROTHESE

1 000 audioprothésistes partenaires.

Tarifs privilégiés

- 15 % d'économie moyenne sur les aides auditives.
- Zéro reste à charge sur les piles (sur la base d'une consommation normale)*.
- 10 % de remise minimale sur les produits d'entretien.
- 15 % de remise minimale sur les accessoires (appareils connectés, casques TV, téléphones...).

* Dans le cadre d'une garantie remboursant a minima le ticket modérateur pour les piles auditives.

Services exclusifs gratuits

- Dispense d'avance de frais grâce au tiers payant (selon les garanties prévues dans le contrat).
- Garantie panne sans franchise de 4 ans.
- Essai d'un mois minimum.
- Entretien de l'équipement.
- Prêt d'une aide auditive en cas de casse, d'inadaptation ou d'utilisation impossible de l'équipement.
- Dépistage annuel de l'audition (non médical) sans obligation d'achat.
- Maintien des offres promotionnelles dans le centre en cours en sus des avantages Itelis.

Qualité et traçabilité des produits

- Accord avec 12 marques d'aides auditives parmi les plus représentatives sur le marché français pour garantir la qualité et la traçabilité des équipements vendus au sein du réseau : AUDIO SERVICE, BELTONE, BERNAFON, HANSATON, OTICON, PHONAK, RESOUND, REXTON, SIEMENS, STARKEY, UNITRON et WIDEX (liste susceptible d'évoluer).

Suivi complet même en cas de déménagement

- Suivi d'appareillage durant toute la durée de vie de l'aide auditive avec des rendez-vous de contrôle réguliers après la délivrance de l'équipement, même en cas de déménagement.

CHIRURGIE REFRACTIVE

30 centres de chirurgie réfractive partenaires.

Tarifs privilégiés

- Jusqu'à 30 % d'économie sur les techniques les plus utilisées.
- Tarif à partir de 1 400 € pour les deux yeux.

Critères de qualité

- Environnement à haut degré de propreté et protocoles de type opératoire selon les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé).
- Grande expérience du chirurgien ophtalmologiste (au moins 5 ans dans le domaine de la chirurgie réfractive et au moins 100 procédures par an).
- Examen pré et post opératoire.

🔗 MODE D'EMPLOI

1. Localisez le partenaire le plus proche :

- Par internet depuis l'espace du gestionnaire santé.
- Par téléphone en appelant le centre de gestion au numéro figurant sur l'attestation de tiers payant.
- Via l'application webmobile @pplitelis®.

2. Le bénéficiaire doit présenter au partenaire sa carte de tiers payant sur laquelle figure la mention Itelis.

3. Le bénéficiaire doit demander à bénéficier des avantages du réseau Itelis.
