



UNIPRÉVOYANCE

NOTICE D'INFORMATION

Régime Frais de santé (EEP SANTE)

CADRES ET NON CADRES

**Branche des Etablissements
d'Enseignement Privés sous contrat**

– Accord collectif frais de santé du 18 juin 2015 –

**Les dispositions de la présente notice s'appliquent
à compter du 1^{er} janvier 2016**

SOMMAIRE

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE	3
TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	6
ARTICLE 1 OBJET	6
ARTICLE 2 ADHESION	6
ARTICLE 3 DUREE DU CONTRAT – RESILIATION	6
ARTICLE 4 MODALITES D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	7
ARTICLE 5 PRISE D’EFFET, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES	8
ARTICLE 6 MAINTIENS DES GARANTIES	9
ARTICLE 7 PAIEMENT DES COTISATIONS	12
ARTICLE 8 PRESTATIONS	13
ARTICLE 9 PRESTATIONS PRESENTANT UN DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE	13
ARTICLE 10 PRESCRIPTION	14
ARTICLE 11 ÉLECTION DE DOMICILE	14
ARTICLE 12 FONDS SOCIAL	14
ARTICLE 13 ORGANISME DE CONTROLE DES ASSURANCES	14
ARTICLE 14 LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	15
ARTICLE 15 MEDiateUR	15
TITRE II – GARANTIE FRAIS DE SANTE	16
ARTICLE 16 OBJET DE LA GARANTIE	16
ARTICLE 17 BÉNÉFICIAIRES	16
ARTICLE 18 ADHESION AU REGIME SOCLE	16
ARTICLE 19 CHOIX DE L’OPTION	17
ARTICLE 20 SUBROGATION	17
ARTICLE 21 FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION - EXCLUSIONS	17
ARTICLE 22 COUVERTURE	18
ARTICLE 23 DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE	18
ARTICLE 24 PIÈCES À FOURNIR pour toutes demandes de prestations	19
ARTICLE 25 LA CONSTITUTION DE VOS DOSSIERS	20
ARTICLE 26 DÉCHÉANCE	20
ANNEXE 1 - LES SERVICES D'INFORMATION MEDICALE ET SOCIALE	21
ANNEXE 2 - LES SERVICES EN OPTIQUE, DENTAIRE ET AUDIOPROTHESE	22
Document(s) à remettre à votre Chef d’Etablissement :	24

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE

L'INDEMNITE COMPLEMENTAIRE VERSEE PAR L'ORGANISME RECOMMANDÉ S'AJOUTE A CELLES VERSEES, AU MEME TITRE, TANT PAR LA SECURITE SOCIALE QUE PAR TOUT AUTRE ORGANISME. LE MONTANT TOTAL DES SOMMES VERSEES EST LIMITE AUX FRAIS RESTANT A LA CHARGE DU PARTICIPANT.

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS		
	RÉGIME SOCLE	Option 1 (Y compris régime socle)	Option 2 (Y compris régime socle)
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTETRICALE (*) . Frais de séjour (**) . Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux (**) - médecins signataires du CAS - médecins non signataires du CAS (*) Y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile. (**) 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 de 18 € pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient K>60. . Forfait journalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique) . Chambre particulière (y compris maternité) . Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR 100 % des Frais Réels - -	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR 100 % des Frais Réels 1,5 % du PMSS ¹ / jour 1 % du PMSS ¹ / jour	100 % TM + 150 % BR 100 % TM + 150 % BR 100 % TM + 100 % BR 100 % des Frais Réels 2,5 % du PMSS ¹ / jour 2 % du PMSS ¹ / jour
LES FRAIS DE TRANSPORT DU MALADE EN VEHICULE SANITAIRE	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
PHARMACIE (Y compris VACCINS remboursés par la Sécurité Sociale)	100 % TM		
VACCINS prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursés par la Sécurité Sociale)	10 € par an et par bénéficiaire		
MEDICAMENTS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale			100 € / an / bénéficiaire
CONSULTATIONS – VISITES (de généralistes) - médecins signataires du CAS - médecins non signataires du CAS	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR
CONSULTATIONS – VISITES (de spécialistes, de neuropsychiatres) - médecins signataires du CAS - médecins non signataires du CAS	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 60 % BR 100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 80 % BR
ACTES PRATIQUÉS PAR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE - médecins signataires du CAS - médecins non signataires du CAS	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 80 % BR
ANALYSES MEDICALES ET TRAVAUX DE LABORATOIRE	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR
ACTES D'IMAGERIE, ÉCHOGRAPHIE ET DOPPLER - médecins signataires du CAS - médecins non signataires du CAS	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 80 % BR
SOINS DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE . consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie . inlays onlays d'obturation	100 % TM 100 % TM	100 % TM + 50 % BR 100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 100 % BR
PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE . prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), remboursés par la Sécurité sociale . inlays core	100 % TM + 100 % BR 100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR 100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 200 % BR 100 % TM + 150 % BR
ACTES DENTAIRES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE • Piliers de bridge sur dent saine, par pilier • Implants dentaires, par implant • Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	100 % BR reconstituée (BR = 107,50 €) - -	150 % BR reconstituée (BR = 107,50 €) 100 € / an / bénéficiaire 100 € / an / bénéficiaire	200 % BR reconstituée (BR = 107,50 €) 450 € / an / bénéficiaire 200 € / an / bénéficiaire
FRAIS D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE) . Actes pris en charge par la Sécurité Sociale . Actes non pris en charge par la Sécurité	100 % TM + 100 % BR 100 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	100 % TM + 150 % BR 150 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	100 % TM + 200 % BR 200 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)
PROTHÈSES AUDITIVES	100 % TM majoré de 200 € / oreille / an / bénéficiaire		100 % TM majoré de 300 € / oreille / an / bénéficiaire

ORTHOPÉDIE, AUTRES PROTHÈSES NON DENTAIRES ET NON AUDITIVES	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR
OPTIQUE pour un verre . Verre simple foyer, sphérique (***) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 6 à + 6 o Sphère de - 6,25 à - 10 ou + 6,25 à 10 o Sphère < - 10 ou > + 10 . Verre simple foyer, sphéro-cylindrique (***) <ul style="list-style-type: none"> o Cylindrique < + 4 sphère de - 6 à + 6 o Cylindrique < + 4 sphère < - 6 ou > + 6 o Cylindrique > + 4 sphère de - 6 à + 6 o Cylindrique > + 4 sphère de < - 6 ou > + 6 . Verre multi-focal ou progressif sphérique (***) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 4 à + 4 o Sphère < - 4 ou > + 4 . Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (***) <ul style="list-style-type: none"> o Sphère de - 8 à + 8 o Sphère < - 8 ou > + 8 Monture (***) sous déduction du remboursement Sécurité Sociale	60 € 80 € 85 € 70 € 80 € 100 € 110 € 130 € 150 € 160 € 200 € 1,5 % du PMSS ³	80 € 90 € 100 € 90 € 100 € 120 € 130 € 150 € 170 € 180 € 220 € 1,5 % du PMSS ³	90 € 100 € 110 € 100 € 110 € 130 € 140 € 190 € 210 € 220 € 260 € 3,5 % du PMSS ³
. Lentilles de contact correctrices (y compris jetables et celles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale) . Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	2 % du PMSS ³ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles -	3 % du PMSS ³ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles 10 % du PMSS ⁴ / œil	5 % du PMSS ³ / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles 25 % du PMSS ⁴ / œil
INDEMNITÉS FORFAITAIRES . Maternité . Cures Thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de de séjours) :	- 100 % TM + 50 % BR	10 % du PMSS ⁵ 100 % TM + 50 % BR + 5 % du PMSS ⁶	15 % du PMSS ⁵ 100 % TM + 50 % BR + 10 % du PMSS ⁶
MEDECINE DOUCE (consultations non prises en charge par la Sécurité Sociale) . Consultations d'OSTÉOPATHIE, de CHIROPRACTIE, d'ACUPUNCTURE, ou d'ETIOPATHIE (****)	Remboursement global de 40 € /séance (maxi 2 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 3 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)
PRESTATIONS DE 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). 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	100 % TM		

1 -- En vigueur au 1 ^{er} jour de l'hospitalisation	4 -- En vigueur au jour de l'intervention
2 -- [BR – SS] : différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le Montant Remboursé par la Sécurité Sociale	5 -- En vigueur à la date de la naissance
3 -- En vigueur au jour de la dépense	6 -- En vigueur au 1 ^{er} jour de la cure

ABREVIATIONS : BR ➔ Base de Remboursement de la Sécurité Sociale CAS ➔ Contrat d'Accès aux Soins	SS ➔ Montant Remboursé par la Sécurité Sociale PMSS ➔ Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
---	---

(**) La prise en charge par l'organisme recommandé est limitée à un équipement optique. (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique du bénéficiaire.

Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien.

Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

Le cumul des garanties des verres et de la monture ne peut pas être inférieur aux minima imposés par l'article L911-7 du code de la Sécurité Sociale.

(****) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.

Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).

Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Les étioopathes doivent être inscrits sur le Registre National des Etiopathes.

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 OBJET

Le contrat a pour objet la mise en œuvre des garanties frais de santé du personnel relevant du régime des cadres et non cadres des établissements d'enseignement privés sous contrat entrant dans le champ d'application de l'accord collectif frais de santé du 18 juin 2015.

On entend par cadres, les personnels relevant des articles 4 et 4 bis de la Convention AGIRC du 14 mars 1947.

On entend par non-cadres, les personnels ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la Convention AGIRC du 14 mars 1947.

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.

ARTICLE 2 ADHESION

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 »

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 du bulletin d'adhésion par les deux parties.

La signature du bulletin d'adhésion par l'organisme recommandé vaut acceptation du risque et forme ainsi, avec les conditions générales, le contrat d'adhésion, sous réserve que ce dernier soit retourné signé par l'adhérent dans les trente jours suivant la date d'effet du 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 s'appliquent, à l'ensemble des salariés cadres et non cadres appelés à bénéficier du régime.

L'organisme recommandé notifiera à l'adhérent, par le biais d'un avenant ou d'une lettre valant avenant, les éventuelles modifications apportées au contrat d'adhésion.

ARTICLE 3 DUREE DU CONTRAT – RESILIATION

3-1 Durée du contrat

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

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 définies à l'article 6-1, le salarié perd également la qualité de membre participant ou lorsqu'il peut bénéficier de la Couverture Maladie Universelle complémentaire en application de l'article L 861-3 du Code de la Sécurité Sociale et qu'il adhère à un autre organisme à cet effet.

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 absorbée, 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 contrat à la date de sortie du champ d'application de l'accord collectif.

3.3 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 cadres et non-cadres de l'adhérent :

- justifiant de 4 mois d'ancienneté continue au cours des 12 derniers mois dans un ou plusieurs établissements relevant du champ d'application défini à par l'accord collectif,
- 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 individuel de formation),
- 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 prennent effet :
 - à la date d'effet de l'adhésion pour tous les participants présents à cette date, et remplissant la condition d'ancienneté, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues à par l'accord collectif,
 - à défaut, à la date à laquelle la condition d'ancienneté est remplie, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues à 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 ou 2) 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 1er jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme recommandé de la demande d'affiliation.
- Cette affiliation facultative est renouvelable le 1^{er} 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 radiation du contrat d'adhésion,
- à la date de départ du participant de l'adhérent ou 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 20 du Titre II pour être bénéficiaires.

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 3142-91 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L 3142-78 et suivants du Code du Travail ;
- congé parental d'éducation visé à l'article L 1225-47 du Code du Travail ;

- congé individuel de formation visé à l'article L 6322-1 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.

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 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 présent contrat.

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

Le présent maintien de garantie est financé par mutualisation avec les 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 suivant 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, l'organisme recommandé 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 du décès du participant.

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.

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 6.1 ci-dessus pour les personnes garanties du chef du participant décédé.

Cotisations

Les cotisations sont indiquées sur le bulletin individuel d'affiliation. 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 avec accusé de réception 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.
- et en tout état de cause, en cas de résiliation de la Convention d'assurance. Dans cette éventualité, la Commission Paritaire Nationale EEP Santé et l'organisme assureur pourront, à la demande des partenaires sociaux, convenir des modalités de transfert des personnes garanties au titre du présent article.

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

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 bénéficiaire 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.

Pour le personnel dont le contrat de travail est suspendu, la cotisation reste entièrement due.

- **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.

Pour le personnel dont le contrat de travail est suspendu, la cotisation reste entièrement due.

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 PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour l'adhérent au titre du régime socle 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, l'organisme recommandé envoie à l'adhérent une lettre de mise en demeure en recommandée avec avis de réception. Le cas échéant, l'organisme recommandé peut engager une procédure de recouvrement des cotisations par la 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 ou 2 et pour l'extension au régime socle facultatif ou aux options 1 ou 2 pour les membres de la famille du participant.

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 8 PRESTATIONS

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis au Titre II – Garantie Frais de santé ci-après.

ARTICLE 9 PRESTATIONS PRESENTANT UN DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE

Tous les salariés couverts par l'accord collectif du 18 juin 2015 bénéficient de l'ensemble de ces mesures.

9.2 Actions prioritaires de branche

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

a. des réductions tarifaires :

Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée égale ou inférieure à 12 mois et les salariés pour lesquels la cotisation représente au moins 10% de leurs rémunérations brutes bénéficient d'une réduction tarifaire égale à 50 % de leur contribution 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 EEP Santé le soin de déterminer les actions de prévention concernant les risques professionnels ou liées à une consommation médicale spécifique aux populations couvertes (population féminine aux besoins spécifiques etc.).

Dans ce cadre, les priorités suivantes sont définies :

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

c. des prestations d'action sociale.

9.3 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% par le régime).

ARTICLE 10 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 11 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 ou dans les départements et collectivités d'outre-mer.

ARTICLE 12 FONDS SOCIAL

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

ARTICLE 13 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 61 Rue Taitbout 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 14 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 précitée en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer, ou demander leur rectification, il leur suffit de prendre contact avec le service clientèle de l'organisme recommandé.

ARTICLE 15 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 du GEMA pour les organismes relevant du Code des Assurances, sans préjudice d'une action devant le tribunal compétent.

Médiateur du CTIP 10 rue Cambacérès – 75008 PARIS Tél : 01 42 66 68 49 www.ctip.asso.fr	Médiateur du GEMA 9, rue Saint Pétersbourg - 75008 PARIS
--	---

TITRE II – GARANTIE FRAIS DE SANTE

ARTICLE 16 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 17 BÉNÉFICIAIRES

Bénéficiaires

Le participant bénéficie des garanties.

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

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

Est assimilé au conjoint :

- la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS),
- le concubin à charge au sens de la Sécurité Sociale ;
- le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non-salariés, ...) et sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut d'un justificatif de domicile commun.

2. Les **enfants** du participant, et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou ceux de son concubin :

- à charge au sens de la Sécurité Sociale et âgés de moins de 21 ans (cf. article L.313-3 2° du Code de la Sécurité sociale),
- âgés de moins de 26 ans et affiliés au régime de la Sécurité Sociale des étudiants,
- âgés de moins de 26 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation),
- âgés de moins de 26 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),
- 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.

ARTICLE 18 ADHESION AU REGIME SOCLE

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.

ARTICLE 19 CHOIX DE L'OPTION

Le participant peut choisir, pour lui-même et les membres de sa famille affiliés au titre du régime socle, l'option 1 ou l'option 2, 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 peut demander à changer de régime comme suit :

- passage à un niveau supérieur (du régime socle à l'option 1 ou 2, ou de l'option 1 à l'option 2) :
 - 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,
 - o en cas de changement de situation de famille, le changement prend effet au 1^{er} jour du mois suivant le changement de situation.
- passage à un niveau inférieur (de l'option 2 à l'option 1, de l'option 1 ou 2 au socle) :
 - o Le changement est possible sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 2 ans dans l'option d'origine.
 - o Il prend effet au 1er 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) :

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

ARTICLE 20 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 21 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 dans le tableau des garanties de la présente notice 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 dans le tableau des garanties de la présente notice.

- 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 dans le tableau des garanties de la présente notice.

Le contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits "contrats responsables", conformément aux articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et à leurs décrets d'application. En conséquence :

- **il prend en charge :**
 - o 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, ainsi que pour l'homéopathie,
 - o les équipements d'optique médicale dans la double limite des minima et maxima fixés par décret
 - o au moins deux prestations de prévention,
 - o l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée
- **il ne prend pas en charge :**
 - o les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins au-delà de la limite fixée par décret
 - o 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 (actes lourds)).

et de manière générale, il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du présent contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci.

En outre, il respecte le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du code de la Sécurité Sociale

Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité Sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de la Sécurité Sociale, sauf s'ils concernent une interdiction de prise en charge du contrat responsable visée ci-dessus.

ARTICLE 22 COUVERTURE

L'INDEMNITE COMPLEMENTAIRE VERSEE PAR L'ORGANISME RECOMMANDÉ S'AJOUTE A CELLES VERSEES, AU MEME TITRE, TANT PAR LA SECURITE SOCIALE QUE PAR TOUT AUTRE ORGANISME. LE MONTANT TOTAL DES SOMMES VERSEES EST LIMITE AUX FRAIS RESTANT A LA CHARGE DU PARTICIPANT.

Le montant de l'indemnité versée par l'ORGANISME RECOMMANDE (y compris les prestations de la Sécurité Sociale) est fixé dans le TABLEAU DES GARANTIES de la présente notice pour chaque catégorie de frais.

ARTICLE 23 DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE

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

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

L'organisme recommandé ne considère comme recevables que les exemplaires originaux de ces documents : aucune copie n'est acceptée.

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

ARTICLE 24 PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTES DEMANDES DE PRESTATIONS

- Originaux des décomptes des prestations servies par la Sécurité Sociale 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
- Pharmacie : le bordereau subrogatoire du pharmacien en cas d'utilisation du tiers payant
- Pilules contraceptives non prises en charge par la Sécurité Sociale et prescrites 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 ou la photocopie de la feuille de soins
- Prothèses dentaires / Orthopédie dento-faciale / Actes de parodontologie :
 - 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)
- Lunettes : l'original de la facture détaillée et acquittée, indiquant le numéro des verres et, le coût et la marque, des verres et de la monture
- Lentilles cornéennes :
 - 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 n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale
- Maternité :
 - l'original de la facture
 - le bulletin 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)
- 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
 - 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
- Médecine douce : l'original de la facture au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative

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 25 LA CONSTITUTION DE VOS DOSSIERS

Comment obtenir une prise en charge ?

Afin d'éviter toute avance de fonds pour un séjour à l'hôpital ou en clinique conventionnée, vous pouvez formuler une demande d'attestation de prise en charge directement auprès de votre Centre de gestion.

Vous voudrez bien à cet effet préciser :

- les coordonnées de l'établissement hospitalier (adresse et n° de télécopie),
- le service traitant,
- la date d'entrée.

Le Centre de gestion enverra immédiatement un bon de prise en charge à l'hôpital ou à la clinique.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires en cas de besoin.

Afin d'obtenir un règlement rapide de vos dossiers, vous devez envoyer toutes les pièces originales justifiant du droit à prestations mentionnées ci-dessus, au Centre de gestion suivant :

CGRM
Service remboursement
TSA 71003
59952 DUNKERQUE Cedex 1
☎ : 03 28 210 214
remboursement@cgrm.fr

Le remboursement sera alors effectué soit :

- par chèque bancaire envoyé à votre domicile,
- soit par virement bancaire selon votre demande (envoyez un RIB lors de votre première demande de remboursement) et il vous sera alors adressé le décompte de remboursement de soins correspondant.

Nous vous précisons qu'en cas de difficulté majeure ou de contestation sur le remboursement des prestations, vous pouvez contacter CGRM au numéro de téléphone indiqué ci-dessus.

N'oubliez pas d'informer CGRM de tout changement d'adresse, de situation de famille, ou de bénéficiaires en complétant un nouveau bulletin individuel d'affiliation que vous nous adresserez par l'intermédiaire de votre service du personnel.

ARTICLE 26 DÉCHÉANCE

Le participant est déchu de ses droits aux prestations si la demande des pièces justificatives ne parvient pas à l'organisme recommandé 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, dentaire, audioprothèse)

Itelis a signé en France métropolitaine des accords de partenariat avec des professionnels de santé qui se sont engagés à :

- proposer en priorité une offre adaptée au besoin médical du bénéficiaire, et à des tarifs négociés,
- respecter des normes de qualité et de service clients,

En se rendant chez les partenaires, les bénéficiaires disposent des engagements suivants :

- des tarifs négociés,
- un devis clairement défini et chiffré,
- et des services complémentaires :

... Chez les opticiens partenaires

- le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat d'assurance,
- l'accueil, les conseils et les compétences techniques de professionnels diplômés d'Etat,
- un large choix de montures de toutes matières et de toutes formes, des verres aux normes CE provenant des meilleurs fabricants,
- le contrat adaptation « verres progressifs », le contrat lentilles avec garantie d'adaptation,
- les opérations gratuites d'entretien courant,
- la garantie casse pendant deux ans sans franchise.

... Chez les chirurgiens-dentistes partenaires

- le tiers payant à hauteur de la garantie, pour les prothèses dentaires,
- une qualité d'accueil, d'écoute et de conseils, notamment en matière de prévention bucco-dentaire,
- un confort maximum lors des séances de soins, ainsi que le respect des règles d'hygiène et de sécurité.

... Dans les points de vente d'audioprothèses

- des tarifs préférentiels sur le petit équipement,
- une extension de garanties à 4 ans,
- une garantie perte, vol, casse, sur une gamme d'appareil,
- des essais d'appareillages, des packs piles annuels négociés.

Pour connaître les partenaires les plus proches, les participants utilisent l'outil de géo localisation mis à disposition sur le site de CGRM santé ou appellent ce dernier au numéro figurant sur leur attestation de tiers payant santé.

Pour bénéficier chez un partenaire des accords négociés, les participants doivent présenter leur attestation de tiers payant santé.

En optique et dentaire, une prise en charge sera fournie aux professionnels de santé membres du réseau d'Itelis sous 48 H après réception des devis.

Document(s) à remettre à votre Chef d'Etablissement :

Je soussigné(e)

Salarié(e) de l'établissement :

Nom de l'établissement :

Adresse :

Certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime frais de santé du personnel cadre et non cadre de l'Interbranches des Etablissements d'Enseignement Privés sous contrat- Accord collectif frais de santé du 18 juin 2015 - mis en place auprès d'UNIPREVOYANCE.

Fait à.....le..... ;

Signature