ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
DES EXPLOITATIONS AGRICOLES ET DES CUMA DE PICARDIE, DES EXPLOITATIONS DE CULTURES SPÉCIALISÉES DE L'AISNE, DES ENTREPRISES DES TERRITOIRES DE PICARDIE ET DES PROPRIÉTAIRES FORESTIERS DE L'AISNE RELEVANT DE L'ACCORD RÉGIONAL DE PICARDIE DU 17 JUIN 2009

NOTICE D'INFORMATION

2021

Votre site dédié: www.anips.fr
Votre plate-forme de gestion dédiée: 09 69 32 33 12 (numéro non surtaxé)

Anips

EN PARTENARIAT AVEC

Groupama

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de l'agriculture de la région de Picardie signataires de l'**Accord régional du 17 juin 2009,** ont mis en place un régime régional de **protection sociale Complémentaire Santé afin** que les salariés non cadres *(salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe 1 de cette convention)* des entreprises de la région entrant dans le champ d'application dudit Accord **bénéficient d'une couverture Complémentaire Santé offrant un bon niveau de garanties en contrepartie d'un coût raisonnable.**

L'Accord précité a fait l'objet de révisions par avenants n° 1 du 4 avril 2013, n° 2 du 13 juin 2014, n° 3 du 16 octobre 2015, n° 4 du 30 août 2016, n° 5 du 5 octobre 2018, n° 6 du 9 octobre 2019 et n° 7 du 9 novembre 2020.

La présente notice d'information a pour objet de présenter les garanties « de l'assurance Complémentaire santé » prévues par l'Accord régional du 17 juin 2009 et ses avenants.

Elle se compose de quatre titres et de plusieurs annexes :

- le Titre 1 présente le régime de l'Accord régional ainsi que les dispositions générales du contrat « Complémentaire santé » qui le met en œuvre ;
- le Titre 2 décrit les conditions d'affiliation au contrat;
- le Titre 3 décrit vos garanties Complémentaire santé ;
- le Titre 4 expose les services de tiers payant mis à votre disposition ;
- les annexes indiquent :
  - vos remboursements santé dans un tableau des garanties,
  - les dispositions générales de la garantie casse et réparation des prothèses dentaires,
  - la définition des mots clés de votre régime,
  - le texte règlementaire.

TITRE 1 - PRÉSENTATION DU RÉGIME « ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » ET DU CONTRAT LE METTANT EN ŒUVRE

ARTICLE 1-1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat est un contrat collectif obligatoire ayant pour objet de vous garantir si vous appartenez au groupe assuré défini ci-après à l'article 2-1, le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées pour votre compte, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime obligatoire de protection sociale **sauf mention contraire au tableau de garanties figurant en annexe 1, et ce dans la limite des frais réellement engagés**.

Ce contrat permet également d'étendre les garanties à votre conjoint, partenaire ou concubin et/ou à vos enfants et ascendants à charge (« Extension Famille »). Cette extension de garanties est facultative et le différentiel de cotisation afférent à cette option est intégralement à votre charge.

ARTICLE 1-2 - DURÉE

Le contrat collectif d'assurance Complémentaire santé auquel vous êtes affilié est souscrit pour une première période se terminant le 31 décembre de l'année d'adhésion.

Le contrat est reconduit tacitement, le 1er janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties contractantes.

En outre, l'adhésion de l'entreprise au contrat résultant de l'Accord régional du 17 juin 2009, cesse dans les cas suivants :

- la cessation d'activité de l'entreprise adhérente ;
- le changement d'activité ou du lieu du siège social de l'entreprise adhérente ayant pour effet de la faire sortir du champ d'application de l'Accord régional du 17 juin 2009.

ARTICLE 1-3 – ORGANISMES ASSUREURS

Le contrat santé est coassuré par :

AGRI-PRÉVOYANCE
21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris cedex 08
Institution de prévoyance membre du groupe AGRICA, régie par les dispositions de l'article L.727-2 II du code rural et de la pêche maritime et par le Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale,

et

ANIPS
2 boulevard de Pesaro - Immeuble West Park 2 - 92024 Nanterre
Institution de prévoyance agréée par arrêté ministériel du 17 octobre 1979 régie par le Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale,

à hauteur de 60 % pour AGRI-PRÉVOYANCE et 40 % pour l'ANIPS.

L'ANIPS en est l'apériteur. AGRI-PRÉVOYANCE et l'ANIPS sont dénommées ci-après « l'Institution ».

Ces entreprises sont soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 1-4 – DÉLÉGATION DE GESTION

La gestion administrative des adhésions, des affiliations, du recouvrement des cotisations et du paiement des prestations « santé » (hormis les frais d'optique et dentaires) afférente au contrat est déléguée à la Caisse de Mutualité Sociale (CMSA) dont vous relevez.

La gestion du paiement des prestations d'optique et dentaires est déléguée à Groupama Assurances Mutuelles partenaire de l'ANIPS.

ARTICLE 1-5 - RÉSEAU DE SOINS

Vous bénéficiez, ainsi que vos éventuels ayants droit inscrits au contrat, des services proposés par le réseau de soins visé à l'annexe 1 – Tableau des garanties ci-après.

Les audioprothésistes, opticiens et chirurgiens-dentistes, membres de ce réseau ont pris des engagements au bénéfice des personnes assurées par le contrat afin de permettre à ces dernières de mieux maîtriser leurs dépenses de santé pour certains actes ou prestations que ces professionnels de santé effectuent ou délivrent.

ARTICLE 1-6 - PRESCRIPTION

En application de l'article L.932-13 du code de la Sécurité sociale précisant les délais de prescription, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution de prévoyance en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'entreprise adhérente, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'institution 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'entreprise adhérente, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par ce dernier.

Aux termes de l'article L.932-13-3 du code de la Sécurité sociale, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du code civil) ;**
- **une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du code civil).**
  L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du code civil) ;
- **un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du code civil).**

Il est rappelé que l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt la prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du code civil).

Le délai de prescription peut également être interrompu, outre les causes ordinaires d'interruption par :

- **la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;**
- **l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressés soit à l'entreprise adhérente par l'institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation soit à l'institution par le participant ou le bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation.**

ARTICLE 1-7 – RECOURS CONTRE TIERS-RESPONSABLE

Il s'agit du droit pour l'institution de récupérer auprès du responsable d'un sinistre les sommes qu'il a prises en charge.

Lorsque vous et/ou le cas échéant vos ayants droit assurés êtes atteint d'une affection ou êtes victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'institution dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur. Vous-même et/ou le cas échéant vos ayants droit assurés atteint de blessures imputables à un tiers devez impérativement en informer l'institution lors de la demande de prestations.

Lorsque vous-même et/ou le cas échéant vos ayants droit assurés êtes victime d'un accident de la circulation (impliquant un véhicule automobile), vous devez, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident qui le sollicite, le nom de l'institution, en tant que tiers payeur.

Conformément au code de la Sécurité sociale, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'institution dans ses droits en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

Article 1-8 - RÉCLAMATION - MÉDIATION - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES - DÉMATÉRIALISATION DES ÉCHANGES RELATIFS AU CONTRAT D'ASSURANCE

1. RÉCLAMATION - MÉDIATION

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, vous-même ou vos ayants droit (ou toute personne susceptible de bénéficier des prestations) peut s'adresser à son conseiller ou contact habituel ou éventuellement au service en charge de la relation avec la clientèle suivant :

Le conseiller ou contact habituel ou le service en charge des relations avec la clientèle
ANIPS / Groupama Gan Vie - Service des relations avec les consommateurs
Immeuble WP2 - 2 boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre

Si cette première réponse ne satisfait pas le demandeur, la réclamation peut être adressée au service « réclamations » de l'institution dont les coordonnées sont ***:***

Service « Réclamations » de l'institution
ANIPS / Groupama Gan Vie - Service Réclamations
TSA 91414 - 35090 Rennes Cedex
https://reclamations.ggvie.fr

Dans ces deux cas, l'intéressé recevra un accusé réception de sa réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables suivant sa réception. La réponse définitive à sa réclamation sera apportée au demandeur dans un délai de traitement de deux (2) mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu, sous réserve d'avoir épuisé toutes les voies de recours exposées ci-dessus, le demandeur pourra saisir le Médiateur du CTIP sur le site internet www.ctip.asso.fr (rubrique « Médiateur de la protection sociale (CTIP) ») ou par courrier :

Médiation - Médiateur du CTIP
Médiateur de la Protection Sociale
10 rue Cambacérès - 75008 PARIS

Si l'avis du Médiateur du CTIP ne le satisfait pas, le demandeur pourra éventuellement saisir la justice.

Le détail des modalités de traitement des réclamations est accessible auprès du conseiller ou contact habituel et dans la rubrique « Mentions légales » sur le site internet www.anips.fr.

2. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Des données à caractère personnel sont recueillies par l'Institution à différentes étapes de ses activités commerciales ou d'assurance vous concernant ou concernant ou les personnes parties ou intéressées aux contrats.

Ces données personnelles sont traitées par l'Institution, en qualité de responsable de traitement, en conformité avec les réglementations en vigueur relatives au traitement de ces données et à la protection de la vie privée, notamment les dispositions de la loi informatiques et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement 2016/679 du 27 avril 2016).

Les données personnelles sont conservées conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat, puis archivées jusqu'à l'extinction des délais de prescription légaux applicables.

DROITS DES PERSONNES

Les personnes précitées disposent, en justifiant de leur identité du droit de :

- prendre connaissance des informations dont dispose l'Institution et de demander à les compléter ou les corriger (droits d'accès et de rectification) ;
- demander l'effacement de leurs données ou d'en limiter l'utilisation (droit de suppression des données ou de limitation) ;
- s'opposer à l'utilisation de leurs données, notamment concernant la prospection commerciale (droit d'opposition) ;
- récupérer les données qu'elles ont personnellement fournies à l'Institution pour l'exécution de leur contrat ou pour lesquelles elles ont donné leur accord (droit à la portabilité des données) ;
- définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication de leurs données après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés par courrier postal, par courriel ou par internet, les coordonnées des services et sites concernés étant :

ANIPS - Direction Générale
Immeuble West Park 2 - 2 boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre
ANIPS / Groupama Gan Vie - Délégué Relais à la Protection des Données
Immeuble West Park 2 – 2 boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre
Contact.dpo@ggvie.fr

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'Institution ANIPS / Groupama Gan Vie - Monsieur le Médecin-conseil - Service Médical Collectives - Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre.

Les personnes concernées peuvent également formuler une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL) si elles estiment que l'Institution a manqué à ses obligations concernant leurs données.

Dans le cadre de ses obligations, l'Institution est tenue de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. A cette fin, l'Institution peut être amenée à solliciter les personnes précitées pour vérifier ou compléter ces informations.

POURQUOI L'INSTITUTION COLLECTE-T-ELLE DES DONNÉES PERSONNELLES ?

Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat et des garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon les finalités détaillées ci-dessous.

Passation, gestion, exécution des contrats et gestion commerciale des clients et prospects

Les données recueillies par l'Institution à différentes étapes de la souscription ou de la gestion des contrats d'assurance sont nécessaires aux objectifs suivants :
• l'étude des besoins en assurance afin de proposer des contrats adaptés à chaque situation ;
• l'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque ;
• la gestion des contrats (de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat), et l'exécution des garanties du contrat ;
• la gestion des clients ;
• l'exercice des recours, et la gestion des réclamations et des contentieux ;
• l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
• la mise en place d'actions de prévention ;
• le respect d'obligations légales ou réglementaires ;
• la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre de la vie du contrat.

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, au conseiller ou contact habituel, aux services de l'institution en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats et à ses délégataires, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux coassureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes directement ou indirectement intéressées au contrat et à son exécution, et à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Des données de santé sont susceptibles d'être traitées dès lors qu'elles sont nécessaires à la passation, la gestion ou l'exécution des contrats d'assurance ou d'assistance.

Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec votre accord. S'agissant de protection sociale, les personnes concernées acceptent expressément ce recueil et les traitements nécessaires.

Elles sont exclusivement destinées aux médecins-conseil de l'Institution ou d'entités du Groupe Groupama en charge de la gestion des garanties, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment ses délégataires ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées par des personnes habilitées au titre de la lutte contre la fraude.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée du contrat prolongée de la durée de gestion des éventuels sinistres ou litiges en cours, et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription.

En l'absence de conclusion d'un contrat (données prospects) :
- les données de santé sont conservées cinq (5) ans maximum à des fins probatoires ;
- les autres données pourront être conservées trois (3) ans maximum.

Prospection commerciale

L'Institution et les entreprises du Groupe Groupama (Assurances, Banque et Services), ont un intérêt légitime à mener des actions de prospection vers leurs clients ou prospects et mettent en œuvre des traitements nécessaires à :

- la réalisation d'opérations relatives à la gestion des prospects ;
- l'acquisition des données relatives aux clients ou prospects dans le respect des droits des personnes ;
- la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre des activités de gestion de la clientèle et de prospection.

L'utilisation de certains moyens pour la réalisation des opérations de prospection est faite sous réserve de l'obtention de l'accord des prospects. Il s'agit de :

- l'utilisation de l'adresse email ou du numéro de téléphone pour la prospection électronique ;
- l'utilisation des données de navigation afin de proposer des offres personnalisées (voir notice cookies sur le site internet pour en savoir plus) ;
- la communication des données à des partenaires.

Toute personne peut s'opposer à tout moment à la réception de publicités par courrier, email ou téléphone auprès des services de l'Institution (voir ci-avant Droits des personnes).

Pour la prospection par téléphone ou par voie électronique (mail, SMS/MMS), les personnes précitées peuvent également s'opposer en réglant leurs préférences dans leur espace personnel ou à partir du lien de désabonnement prévu dans les envois de l'Institution.

Pour la prospection par téléphone, elles peuvent aussi s'opposer en s'inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL (www.bloctel.gouv.fr) qui interdit aux professionnels avec lesquels elles n'ont pas de relation contractuelle en cours de les démarcher par téléphone.

Lutte contre la fraude à l'assurance

Les personnes précitées sont également informées que l'Institution met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de leur dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama.

Dans ce cadre, des données personnelles concernant les personnes précitées peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) peut être destinataire de données à cette fin.

Les personnes sont également informées qu'ALFA met en œuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs à des fins de lutte contre la fraude. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA, 1, rue Jules Lefebvre – 75431 Paris Cedex 09.

Les données traitées pour la lutte contre la fraude sont conservées cinq (5) ans maximum à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données seront conservées jusqu'à la fin de la procédure, et à l'expiration des prescriptions applicables.

Les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, seront désinscrites passé le délai de cinq (5) ans à compter de l'inscription sur cette liste.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Pour répondre à ses obligations légales, l'Institution met en œuvre des traitements ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que la mise en œuvre de mesures restrictives et de gel des avoirs.

Les données utilisées à cette fin sont conservées cinq (5) ans minimum à compter de la réalisation des opérations ou de la fin de la relation d'affaires.

Le droit d'accès aux données relatives aux traitements mis en œuvre aux fins de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés.

Satisfaction/Qualité de services

Dans son intérêt et celui de ses clients, l'Institution mesure et cherche à améliorer continuellement la qualité de ses services et de ses offres. Des enquêtes de satisfaction peuvent notamment être réalisées. Dans ce cadre, les échanges par courrier, e-mail ou téléphone entre l'Institution et les personnes précitées peuvent être enregistrés et analysés.

Les enregistrements téléphoniques sont conservés pour une durée maximale de six (6) mois et les autres éléments nécessaires à l'amélioration de la qualité de services sont conservés pour une durée maximale de trois (3) ans.

Études, Statistiques

L'Institution et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) sont également susceptibles d'utiliser et exploiter des données à caractère personnel concernant les personnes précitées à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer leurs offres de produits et services, de personnalisation de leurs relations avec l'intéressé.

Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles concernant les personnes précitées collectées automatiquement ou communiquées par la personne elle-même.

Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes.

Communication institutionnelle et fonctionnement des instances

Du fait de la qualité de membre de l'Institution des participants ou de la souscription de certains contrats, des données peuvent être utilisées pour adresser des communications institutionnelles, des convocations aux Instances légalement prévues, ainsi que tous documents nécessaires à la gestion de ces instances (ex : convocation aux Assemblées Générales, …), par courrier postal ou par voie de communication électronique (email, SMS/MMS….).

Ces traitements sont mis en œuvre pour le respect des obligations statutaires ou réglementaires de l'entreprise.

Les personnes précitées peuvent s'opposer à tout moment à la transmission de communications institutionnelles (voir Droits des personnes).

Elles peuvent également s'opposer à la réception par voie électronique des documents nécessaires aux Instances (sauf si statutairement prévu). Dans ce cas, ces documents légalement prévus leur seront adressés soit par courrier postal, soit par tout autre canal (consultation en agence,…).

Ces informations sont conservées le temps de la relation contractuelle ou le temps nécessaire à la gestion des instances, suivi des délais de prescriptions applicables.

TRANSFERTS D'INFORMATIONS HORS DE L'UNION EUROPÉENNE

Les données personnelles sont traitées au sein de l'Union Européenne. Toutefois, des données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors Union Européenne, dans le respect des règles de protection des données et encadrées par des garanties appropriées (ex : clauses contractuelles types de la commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat…).

Ces transferts peuvent être effectués pour l'exécution des contrats, la lutte contre la fraude, le respect d'obligations légales ou réglementaires, la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'Institution d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées.

Certaines données, strictement nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance, peuvent aussi être transmises hors de l'Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée ou de la sauvegarde de la vie humaine.

3. DÉMATÉRIALISATION DES ÉCHANGES RELATIFS AU CONTRAT D'ASSURANCE

3.1. Échanges dématérialisés

S'agissant des informations et documents relatifs à votre affiliation, vous êtes informé que l'institution peut échanger de façon dématérialisée et notamment vous fournir ou mettre à votre disposition ces informations et documents sur support autre que le papier et notamment par courrier électronique et/ou via un espace client sécurisé.

Par la communication de votre adresse électronique lors de l'affiliation ou en cours de contrat, vous reconnaissez que cette dématérialisation est adaptée à votre situation.

Vous pouvez, à tout moment, vous opposer à la dématérialisation et demander à l'institution, par tout moyen, qu'un support papier soit utilisé et ce, sans frais à votre charge. Pour ce faire, vous pouvez adresser un courrier ou un courrier électronique à l'institution ou l'appeler. Vous pouvez également faire votre choix à partir de l'espace client sécurisé.

Vous vous engagez à informer sans délai l'institution de toute modification de votre adresse électronique et, plus généralement, de tout changement de votre situation pouvant avoir une quelconque incidence sur la gestion de votre affiliation.

3.2. Mise à disposition d'un espace client sécurisé

L'institution peut mettre à votre disposition un espace client sécurisé permettant de :
- prendre connaissance d'informations et de documents déposés par l'institution.
- bénéficier d'un service de consultation et de gestion du contrat.

Il peut s'agir des informations et documents (notamment précontractuels ou contractuels) fournis par l'institution sur support durable autre que le papier ou sur tout autre support et déposés dans l'espace client sécurisé afin que vous puissiez vous y reporter.

Code d'accès : L'accès à l'espace client sécurisé se fait au moyen d'un code d'accès composé d'un identifiant et d'un mot de passe. Le mot de passe est communiqué de façon sécurisée sur la base des éléments d'identification fournis par vos soins.

Ce code d'accès confidentiel, strictement personnel, a pour fonction de vous identifier, permettant ainsi de garantir l'habilitation à consulter et à gérer le contrat dans l'espace client.

Vous vous engagez à assurer la confidentialité de vote code d'accès.

En cas de perte ou de vol du code d'accès confidentiel, vous devez impérativement et sans délai en informer l'institution, afin qu'un nouveau mot de passe vous soit attribué.

Les conséquences directes ou indirectes résultant de l'absence d'opposition ou d'une opposition tardive seront de votre responsabilité exclusive.

En cas de négligence de votre part, vous êtes seul responsable de la consultation ou de l'accomplissement d'opérations de gestion résultant de l'utilisation frauduleuse, détournée ou non autorisée par un tiers de votre code d'accès confidentiel.

Acceptation des Conditions Générales d'Utilisation (CGU) **:** Lors de la première connexion à l'espace client sécurisé au moyen de votre code d'accès, vous devez prendre connaissance et accepter les conditions générales d'utilisation dudit espace client pour pouvoir effectuer l'ensemble des opérations de consultation et de gestion de votre contrat et pour prendre connaissance des informations et documents mis à votre disposition par l'institution.

3.3. Convention de preuve

La présente convention de preuve s'applique :
- à la fourniture par l'institution d'informations ou de documents par courrier électronique ;
- à la mise à disposition par l'institution d'information ou de documents sur l'espace client sécurisé ;
- aux opérations de consultation et de gestion du contrat que vous effectuez dans l'espace client sécurisé.

Vous-même et l'institution acceptez et reconnaissez mutuellement que :
- toute opération de consultation ou de gestion, et plus généralement toute opération effectuée dans l'espace client sécurisé, après authentification au moyen de votre code d'accès confidentiel sera réputée être effectuée vous-même ;
- les informations contenues dans les écrans de consultation ou de gestion et liées aux opérations que vous aurez réalisées dans l'espace client sécurisé et conservées informatiquement par l'institution vous seront opposables auront valeur de preuve ;
- concernant les échanges dématérialisés entre vous-même et l'institution, les données relatives à ces échanges et enregistrées dans le système d'information de l'institution vous seront opposables et auront valeur de preuve. De manière générale, les données contenues dans le système d'information de l'institution vous sont opposables et auront valeur de preuve concernant l'application des dispositions du contrat.

Article 1-9 - FAUSSE DÉCLARATION

Vos déclarations et celles de votre entreprise adhérente servent de base aux garanties.

L'Institution peut opérer une vérification des données ainsi communiquées.

Toute déclaration intentionnellement fausse ou incomplète, réticence, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par l'article L.932-7 du code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la nullité de l'assurance le cas échéant.

Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Conformément aux dispositions de l'article L. 932-17 du code de la Sécurité sociale, l'omission ou la déclaration inexacte dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie ou du contrat.

Si elle est constatée avant toute résiliation du risque, l'institution a le droit de maintenir la garantie moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'entreprise adhérente. À défaut d'accord de celle-ci, le contrat prend fin 10 jours après la notification adressée à l'entreprise adhérente par lettre recommandée. L'institution restitue à celle-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport aux taux de cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 1-10 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

En tant qu'organisme assureur, l'institution est assujettie aux dispositions légales et réglementaires des articles L.561-1 et suivants du code monétaire et financier, relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

L'institution est ainsi tenue à des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance constante, qui justifient le recueil d'informations auprès de ses Clients.

Article 1-11 - LOI APPLICABLE ET JURIDICTION

Le contrat ainsi que les relations précontractuelles sont régies par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

La langue française est utilisée pour le contrat.

TITRE 2
AFFILIATION ET ADMISSION DANS L'ASSURANCE

ARTICLE 2-1 : AFFILIATION ET PRISE D'EFFET

1 – Principe : votre affiliation obligatoire

Sous réserve des cas de dispense ci-après, en tant que salarié non-cadre de l'entreprise adhérente ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 ou de l'article 36 de l'annexe 1 de cette convention, vous devez être obligatoirement affilié au contrat d'assurance Complémentaire santé mettant en œuvre ce régime, y compris si votre contrat de travail est suspendu ou si vous bénéficiez des dispositions applicables en matière de cumul Emploi/Retraite.

Aucune condition minimale d'ancienneté n'est par ailleurs exigée si vous répondez à la définition ci-dessus.

Toutefois, par dérogation aux dispositions ci-dessus, selon les termes de l'Accord régional du 17 juin 2009 et en application de l'article L.911-7-1 du code de la sécurité sociale, **si vous êtes titulaires** auprès de votre entreprise **d'un contrat de travail ou d'un contrat de mission, d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, vous n'êtes pas affiliable** au contrat.

Vous devez être également affilié au contrat si, ancien salarié de votre entreprise, vous bénéficiez d'un maintien de garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, au titre d'un précédent contrat d'assurance collective complémentaire santé et que vous répondiez à la définition ci-dessus, à la date de rupture ou de cessation de votre contrat de travail.

Votre affiliation au contrat prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat, si vous êtes inscrit sur les registres du personnel à cette date et que vous faites partie du groupe assuré ;
- à compter du jour où les conditions nécessaires pour entrer dans le groupe assuré sont satisfaites, notamment lorsque vous êtes engagé postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion de votre entreprise au contrat.

Le contrat ne prévoit aucun délai de carence : **vous êtes donc couvert par ledit contrat dès le premier jour de prise d'effet de votre affiliation.**

2 – Inscription facultative de vos ayants droit

Vous avez la possibilité d'étendre la couverture Complémentaire santé à vos ayants droit (conjoint, partenaire ou concubin et/ou enfant et ascendants à charge tels que définis à l'annexe 3 de la présente notice d'information, **à titre individuel et facultatif**.

Dans ce cas, vous devrez remplir un bulletin de choix de l'extension facultative famille et déclaration des ayants droit afin de désigner nominativement vos ayants droit à garantir.

Ce bulletin est mis à votre disposition et à celle de votre entreprise par l'Institution. Il devra être renvoyé dûment complété et signé à votre Caisse de MSA.

Vous pouvez demander l'extension facultative des garanties au profit de vos ayants droit :

- à la date de prise d'effet de votre affiliation au contrat ;
  Vos ayants droit sont alors inscrits au contrat et admis dans l'assurance en même temps que vous-même.
- dans un délai de 2 mois qui suit le changement de votre situation familiale ;
  Vos ayants droit sont alors inscrits au contrat et admis dans l'assurance immédiatement dès cette modification.
- au 1er janvier de chaque année dans les autres cas ;
  Vos ayants droit sont alors inscrits au contrat et admis dans l'assurance dès cette date.

Cotisation

L'inscription des ayants droit prend effet, sous réserve du paiement de la cotisation supplémentaire les concernant. Cette cotisation **intégralement à votre charge** s'ajoute alors à votre cotisation « salarié seul ».

Défaut de paiement de la cotisation

A défaut de paiement de cette cotisation dans les 10 jours qui suivent l'échéance mensuelle, votre CMSA vous adresse par lettre recommandée avec accusé de réception, une mise en demeure de procéder au paiement de la cotisation. En cas de mise en demeure restée infructueuse, l'Institution pourra, passé un délai de 40 jours, vous exclure de l'extension des garanties au bénéfice de vos ayants droit.

En cas de régularisation suite à la mise en demeure, les garanties du contrat reprennent effet le lendemain midi du jour du paiement. Les frais de poursuite et de recouvrement sont à votre charge.

Dénonciation

Vous avez la faculté de dénoncer l'extension facultative des garanties au profit de vos ayants droit :

- annuellement, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à votre caisse de MSA, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La dénonciation prend alors effet à compter du 1er janvier de l'année suivante ;
- dans un délai de 2 mois qui suit le changement de votre situation familiale, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à votre caisse de MSA. La dénonciation prend alors effet immédiatement à effet du 1er jour d'un mois civil.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande d'extension des garanties à vos ayants droit ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans.

3 – Dérogation : Cas de dispenses d'affiliation

Si vous vous trouvez dans un des cas ci-dessous, vous avez la possibilité de vous dispenser, au moment de votre embauche ou si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties ou la date à laquelle prennent effet les couvertures mentionnées aux 1° et 3° ci-après, à votre initiative, de votre obligation d'adhésion prévue par le régime en application des articles L.911-7 et D.911-2 du code de la Sécurité sociale :

1° vous êtes bénéficiaire d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du code de la Sécurité sociale (Complémentaire Santé Solidaire (ex CMU-C et ACS). La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de cette couverture ;

2° vous êtes couvert par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de votre embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

3° vous bénéficiez, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :

a) Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 (complémentaire santé collective et obligatoire) ;
b) Dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents (mutuelles des agents de l'Etat ou des collectivités territoriales) ;
c) Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrats d'assurance de groupe dits « Madelin ») ;
d) Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D.325-7 du Code de la Sécurité sociale ;
e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946.

En outre, vous pouvez demander une dispense d'affiliation au contrat, si vous vous trouvez dans un des cas ci-dessous :

1) salarié et apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
2) salarié et apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée supérieure à trois mois et inférieure à douze mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
3) salarié à temps partiel et apprenti, dont l'adhésion au système de garanties vous conduirait à vous acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de votre rémunération brute, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties. En cas d'augmentation de votre rémunération à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de la durée de travail, si la cotisation santé représente moins de 10 % de votre rémunération brute de façon pérenne, vous devrez alors cotiser obligatoirement à la Complémentaire santé.

Dans tous les cas, la mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que **sur demande expresse de votre part auprès de votre entreprise qui doit en informer l'Institution qui transmettra à la caisse de MSA.** Pour ce faire, vous devrez compléter et signer le formulaire mis à votre disposition par l'Institution sur son site www.anips.fr.

Cette demande prendra effet immédiatement lorsqu'elle est faite et adressée à l'Institution dès la date d'effet du contrat souscrit par votre entreprise pour les salariés déjà présents dans le groupe assuré à cette date. Elle prendra effet dès la date de votre entrée dans le groupe assuré si vous êtes embauché en cours de contrat. À défaut la demande prendra effet à compter du 1er jour du mois qui suit sa réception par l'Institution.

Votre demande doit être accompagnée des justificatifs attestant de votre situation.

Vous devrez produire chaque année ces justificatifs. A défaut, vous serez affilié au contrat et la cotisation sera due.

Si vous ne remplissez plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, vous devez en informer l'entreprise adhérente.

La dispense d'affiliation prend fin en cas de modification de votre situation ne vous permettant plus d'en justifier les conditions, en cas de non renouvellement des justificatifs ou à votre demande. Vous devez alors obligatoirement être affilié au contrat à compter du 1er jour du mois civil suivant.

Dans les cas de dispense d'affiliation précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par vous ni par votre employeur.

Cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise : Pour les couples travaillant dans la même entreprise, un seul des membres du couple peut être affilié en propre, son conjoint pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

ARTICLE 2-2 – DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de suspension de votre contrat de travail d'une durée supérieure à 1 mois civil d'arrêt complet, votre affiliation pourra être maintenue dans les cas suivants :

1 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée :

Votre affiliation au contrat complémentaire santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois civil complet d'absence en cas de suspension de votre contrat de travail quelle qu'en soit la cause, dès lors que vous bénéficiez pendant cette période d'un maintien de salaire total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par un dispositif de protection sociale complémentaire.

Ce maintien est accordé tant que dure le maintien de salaire total ou partiel ou le versement d'indemnités journalières complémentaires.

Si l'absence est inférieure à 1 mois la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

Dans tous les cas, vous demeurez redevable de la cotisation correspondant à la couverture facultative de vos ayants droit.

2 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée :

Votre affiliation au contrat complémentaire santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de suspension du contrat de travail sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par votre entreprise, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- congé sans solde
- congé sabbatique
- congé parental d'éducation à plein temps
- congé pour création d'entreprise
- congé de solidarité internationale
- congé de solidarité familiale
- congé de formation
- congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette 1ère période de 3 mois, vous pouvez pendant la période de suspension de votre contrat de travail restant à courir demander à l'organisme assureur dont vous relevez à continuer à bénéficier de la garantie complémentaire santé, sous réserve que vous vous acquittiez seul de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

Pour être recevable, la demande de maintien doit parvenir à la Caisse de MSA au plus tard 1 mois après le début de la période de suspension de votre contrat de travail. L'entreprise adhérente doit pour cela communiquer, vos nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, la date, la durée et le motif de la suspension de votre contrat de travail.

A défaut d'information auprès de la MSA par votre entreprise concernant votre situation de suspension de contrat de travail, le versement de prestations complémentaires frais de santé durant cette période impliquera le paiement intégral des cotisations correspondantes par votre entreprise et vous-même.

Dans tous les cas, vous demeurez redevable de la cotisation correspondant à la couverture facultative de vos ayants droit.

ARTICLE 2-3 – CESSATION DE L'AFFILIATION OU DE L'INSCRIPTION

1 – Pour vous-même :

Votre affiliation au contrat cesse :

- le dernier jour du mois au cours duquel vous cessez d'appartenir au groupe assuré tel que défini au paragraphe 1 de l'article 2-1 ci-dessus ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la rupture ou la cessation de votre contrat de travail, quel qu'en soit le motif, si vous quittez l'entreprise avant l'âge d'admission à la retraite quel qu'en soit le motif ;
- à la date de suspension de votre contrat de travail, sauf application des dispositions de l'article 2-2 ci-avant ;
- le dernier jour du mois au cours duquel intervient la cessation totale d'activité liée à la liquidation de votre pension vieillesse de la Mutualité Sociale Agricole ;
- à la date de résiliation du contrat ;
- si les cotisations vous concernant ne sont pas réglées (sous réserve des modalités prévues à l'article L.932-9 du code de la Sécurité sociale).

Selon votre situation, vous pourrez le cas échéant, bénéficier d'un des maintiens de garanties prévus aux articles 3-8 et 3-9 ci-après.

2 – Pour vos ayants droit :

Outre les cas de dénonciation prévus au paragraphe 2 de l'article 2-1 ci-dessus, l'inscription de vos ayants droit prend fin :

- à la date de cessation de votre affiliation ;
- si les cotisations les concernant ne sont pas réglées (sous réserve des modalités prévues à l'article L.932-9 du code de la Sécurité sociale).
- lorsqu'ils perdent la qualité d'ayants droit tels que définis à l'annexe 3 ci-après.

ARTICLE 2-4 – VOS OBLIGATIONS

Vous vous obligez à :

- accepter le précompte des cotisations et le cas échéant le règlement de l'extension facultative famille ;
- fournir à l'Institution et à votre Caisse de MSA, les renseignements nécessaires à l'établissement de vos droits et obligations, soit par l'intermédiaire de votre employeur, soit directement (notamment en cas de maintien au titre de la portabilité ou en cas de maintien des garanties sous forme de contrat individuel dans les conditions respectivement prévues aux articles 3-8 et 3-9) ;
- transmettre à votre Caisse de MSA, le bulletin de choix de l'extension facultative famille et déclaration des ayants droit fourni par l'Institution, dûment complété et signé, mentionnant vos ayants droit éventuels devant bénéficier des garanties.

TITRE 3

VOS GARANTIES « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ »

ARTICLE 3–1- ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE

La garantie entre en vigueur immédiatement, dès la prise d'effet de votre affiliation, conformément aux dispositions de l'article 2-1 de la présente notice d'information.

Pour vos ayants droit, si elle est souscrite à leur bénéfice, la garantie entre en vigueur dès leur admission dans l'assurance conformément aux dispositions de l'article 2-1 ci-avant.

ARTICLE 3–2- MONTANT DE LA GARANTIE

Le contrat frais de santé s'inscrit dans le cadre du dispositif relatif aux contrats santé dits « responsables » défini aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale.

Le contenu de ce dispositif est précisé à l'annexe 4 ci-après.

En cas de modifications législatives et/ou réglementaires, les remboursements seront révisés dans les conditions et délais fixés par les textes.

Les montants des remboursements garantis par le contrat **correspondent à ceux prévus par l'Accord régional du 17 juin 2009 modifié par avenant**.

Les remboursements s'effectuent, poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la Classification Commune des Actes Médicaux, **dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au tableau des garanties figurant en annexe 1 ci-après**.

Il est précisé que l'Institution prend en charge les actes de prévention ouvrant droit à remboursement de la part du régime obligatoire de protection sociale, dans le cadre du dispositif des contrats « responsables ».

ARTICLE 3–3 – LIMITES ET EXCLUSIONS DE LA GARANTIE

D'une manière générale, ne sont pas pris en charge :

- **les frais engagés au titre d'actes exécutés avant la date d'entrée en vigueur des garanties ou après la cessation des garanties ;**
- **les frais de santé résultant d'actes qui, bien qu'inscrits à la nomenclature des actes professionnels, ne sont pas pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale, sauf exceptions prévues au tableau des garanties figurant à l'annexe 1 ci-après ;**
- **les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale.**

En cas d'assurances cumulatives, les remboursements du régime obligatoire de protection sociale, de l'Institution et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir le remboursement de vos frais en s'adressant à l'organisme de votre choix.

SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, VOUS DEVEZ FAIRE LA DÉCLARATION DE VOS ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DE L'AFFILIATION AU CONTRAT.

La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'institution pour chaque poste ou acte garanti.

<u>Limites liées aux actes ou aux frais</u> : Le contrat ne prend pas en charge les frais personnels et accessoires (suppléments éventuels pour boissons, téléphone, télévision, etc.) en cas d'hospitalisation.

ARTICLE 3–4 – ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties s'exercent en France et à l'étranger quel que soit le pays dans lequel les dépenses de santé ont été engagées, dans la mesure où elles font l'objet d'un remboursement de la part du régime obligatoire de protection sociale.

Pour ces frais engagés en dehors du territoire français, les remboursements de l'Institution sont déterminés et limités à la prestation qu'elle aurait versée après intervention du régime obligatoire de protection sociale.

En tout état de cause, les frais engagés dans les pays et qui ne donnent pas lieu à remboursement par le régime obligatoire de protection sociale français, ne sont pas pris en charge par l'institution.

ARTICLE 3–5 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Sauf pour les frais d'optique et dentaires et les prestations concernant vos ayants droit ne relevant pas de la MSA, les prestations prévues au contrat sont réglées **directement par votre Caisse de MSA**, seul interlocuteur pour le remboursement de vos frais de santé au titre du régime obligatoire de protection sociale et du régime mis en place via l'Accord régional du 17 juin 2009.

Les frais d'optique et dentaires sont réglés par le système dédié mis à la disposition de l'Institution par Groupama Assurances Mutuelles, partenaire de l'ANIPS. Pour ces frais, le montant des remboursements pour certaines dépenses tient compte du fait que ces dépenses ont été engagées auprès d'opticiens ou de chirurgiens-dentistes adhérant au réseau Sévéane ou au contraire auprès de professionnels de santé n'adhérant pas à ce réseau. **Cela étant, vous demeurez totalement libres de vous adresser aux professionnels de santé de votre choix.**

Les montants prévus pour les frais engagés auprès d'opticiens ou de chirurgiens-dentistes membres du réseau Sévéane d'une part et les frais engagés auprès de professionnels de santé non membres de ce réseau d'autre part ne se cumulent pas.

Le plafond de remboursement des lunettes, lentilles correctrices ou des frais dentaires est déterminé, en fonction du professionnel de santé (opticien / chirurgien-dentiste appartenant au réseau Sévéane ou autre professionnel) consulté à la date de la première dépense engagée (pour les lunettes, date d'acquisition du 1er élément de l'équipement -soit les verres, soit la monture-).

En outre, pour certains travaux de prothèses dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste membre du réseau Sévéane, les personnes assurées peuvent bénéficier d'une garantie « Casse et réparation » pendant une période de 10 ans. Les conditions de mise en jeu et conditions d'application de cette garantie sont décrites en détail dans l'annexe 2 ci-après

Les coordonnées des opticiens et chirurgiens-dentistes membres du réseau Sévéane sont communiquées sur simple appel au numéro de téléphone indiqué sur les documents que vous communique l'Institution.

Les prestations concernant vos ayants droit ne relevant pas de la MSA mais d'un autre régime obligatoire de protection sociale sont réglées par ledit régime obligatoire de protection sociale pour la part obligatoire et par l'Institution pour la part complémentaire.

Demandes de remboursement et versement des prestations : Les demandes de remboursement doivent, en application des dispositions de l'article 1-6 relatives à la prescription, être présentées à l'institution dans un délai maximum de 2 ans suivant les soins ou la date de la facture d'hospitalisation.

Les prestations dues par l'institution au titre du contrat sont payables en France et en euros. Elles seront versées dans un délai de 15 jours ouvrés (définis comme 15 jours effectivement travaillés) suivant la date de réception des pièces justificatives nécessaires à leur règlement.

ARTICLE 3 -6 – CONTRÔLE MÉDICAL – DÉCHÉANCE DE GARANTIE

L'institution se réserve la possibilité de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires, notamment les prescriptions médicales et les factures détaillées, tout justificatif à caractère médical devant être adressé au médecin conseil ou au professionnel de santé consultant de l'institution sous pli confidentiel.

L'institution se réserve également, notamment en cas de suspicion de fraude aux prestations, la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales, effectués par un professionnel de santé indépendant choisi par l'institution et dont les honoraires sont à sa charge pour les frais dentaires, l'optique, l'hospitalisation, les aides auditives. Lors de ces contrôles ou expertises, la personne assurée pourra se faire assister, à ses frais, du professionnel de santé de son choix ou opposer les conclusions de son propre praticien.

Si vous-même ou vos ayants droit inscrits au contrat refusez de transmettre les justificatifs réclamés ou de vous soumettre à l'expertise médicale demandée par l'institution, celle-ci pourra refuser la mise en jeu de la garantie et le remboursement des frais considérés.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, vous ou vos ayants droit inscrits au contrat devrez adresser au médecin conseil de l'institution, dans les 30 jours suivant la notification, sous enveloppe confidentielle, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre les éléments médicaux argumentés. Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal judiciaire de votre résidence, sur requête de la partie la plus diligente. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième ainsi que les frais de sa désignation sont supportées à parts égales par les deux parties.

En cas de récupération de la part du régime obligatoire de protection sociale, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'Institution de prévoyance se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées au participant ou ayant droit au titre du contrat.

DÉCHÉANCE DES GARANTIES : L'institution pourra vous refuser le bénéfice des garanties et/ou le cas échéant le refuser à vos ayants droit assurés dès lors qu'elle constate que vous ou vos ayants droit avez, intentionnellement, soit effectué une fausse déclaration de sinistre impactant une garantie du contrat, soit fourni de faux renseignements ou utilisé des documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement.

Dans les cas de refus de garanties prévus ci-dessus, l'institution prendra néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au contrat « responsable », compte tenu du montant des dépenses réellement engagées.

ARTICLE 3–7- CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties cessent à la fin du mois au cours duquel intervient :

- la cessation de votre affiliation et/ou de l'inscription de vos ayants droit dans les conditions prévues à l'article 2-3 ci-dessus,
- la résiliation du contrat par l'entreprise adhérente ou par l'Institution.

Vos garanties cessent de plein droit le dernier jour du mois au cours duquel :

- vous cessez d'appartenir aux bénéficiaires visés à l'article 2-1 de la présente notice d'information ;
- intervient la rupture de votre contrat de travail, si vous quittez votre employeur avant l'âge d'admission à la retraite quel qu'en soit le motif. A cette date, si vous êtes licencié ou invalide, vous pourrez bénéficier aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, d'un contrat proposé à titre individuel dans les conditions définies à l'article 3-9- 2 de la présente notice d'information ;
- intervient votre cessation totale d'activité liée à la liquidation de votre pension vieillesse de la Mutualité Sociale Agricole. A cette date, sur demande, vous pourrez bénéficier aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, d'un contrat proposé à titre individuel, dans les conditions définies à l'article 3-9- 2 de la présente notice d'information ;
- vous cessez de percevoir une rémunération, sous réserve des dispositions spécifiques prévues à l'article 2-2, ci-avant.

Il est précisé que vos garanties cessent en tout état de cause pour vos ayants droit :

- pour le conjoint : à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire,
  ou pour le partenaire : à la date de rupture du PACS,
  ou pour le concubin : à la date à laquelle cesse le concubinage,
- pour les enfants : dès qu'ils cessent d'être à charge au sens du contrat et, au plus tard, à la fin de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 21ème anniversaire ou leur 28ème anniversaire s'ils poursuivent leurs études ou s'ils sont en contrat d'apprentissage, sous réserve de justifier de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire sans le cadre de cette activité.
  Toutefois, les enfants handicapés continuent à être garantis tant qu'ils bénéficient des allocations légales d'adultes handicapés ou tant qu'ils remplissent les conditions pour en bénéficier, lorsque l'allocation ne leur est pas versée en raison de leur niveau de ressources.

Il est précisé que l'Institution ne prend en charge que les dépenses réalisées antérieurement à la date de cessation des garanties.

ARTICLE 3–8- PORTABILITÉ DES DROITS

En cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, vous pouvez bénéficier du maintien de la garantie Complémentaire santé prévue par le contrat en application de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale et ce, pour toute notification de rupture du contrat de travail intervenue à compter de la date d'effet du contrat.

Le bénéfice du maintien de la garantie Complémentaire santé est acquis sans versement de cotisation durant la période de portabilité, le financement de ce maintien étant inclus dans la cotisation des actifs.

1 - Bénéficiaires

Continuent à bénéficier des garanties frais de santé qui les couvraient en tant qu'actifs, les anciens salariés de l'entreprise adhérente déclarés par celle-ci dont le contrat de travail a été rompu et remplissant les conditions suivantes :

- ouvrir droit à indemnisation par le régime de l'assurance chômage ;
- avoir été affilié et ouvrir droit aux garanties frais de santé avant la rupture de leur contrat de travail.

Ce maintien des garanties frais de santé s'étend aux ayants droit s'ils étaient déjà inscrits au contrat collectif à titre facultatif à la date de cessation du contrat de travail conclu entre le participant et l'entreprise adhérente.

2 - Ouverture et durée des droits à portabilité

L'ancien salarié a acquis la possibilité de se voir ouvrir, sous conditions, des droits à prestations frais de santé au titre de la portabilité à compter de la date de rupture effective de son contrat de travail.

La durée du maintien des garanties frais de santé est égale à celle de la période d'indemnisation par l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail de l'intéressé lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise adhérente.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **dans la limite maximale de 12 mois**.

3 - Obligations de l'entreprise adhérente

L'entreprise adhérente doit informer la caisse de MSA, de la cessation du contrat de travail du salarié susceptible d'ouvrir droit à la portabilité des garanties frais de santé, dans un délai de 10 jours suivant la date de cessation de votre contrat de travail.

L'entreprise adhérente s'engage également à signaler le présent maintien de garanties sur le certificat de travail remis aux anciens membres de son personnel et à informer ces derniers, par écrit, des modifications apportées à leurs droits et obligations postérieurement à la cessation de leur contrat de travail ainsi que de la résiliation du contrat.

La preuve de la remise des documents correspondant incombe à l'entreprise adhérente.

4 - Obligations de l'ancien salarié

L'ancien salarié doit justifier auprès de la caisse de MSA, à l'ouverture ainsi qu'au cours de la période de portabilité qu'il remplit les conditions requises.

À ce titre, l'ancien salarié doit fournir une copie de son certificat de travail et de l'attestation de prise en charge par l'assurance chômage (Pôle Emploi).

Chaque mois, l'ancien salarié doit adresser une copie des attestations de paiement de Pôle emploi.

L'ancien salarié doit :

- **informer la caisse de MSA, dès qu'il en a connaissance de la cessation du versement des allocations chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité notamment en lui transmettant l'information qui lui a été délivrée par cet organisme ;**
- **déclarer à la caisse de MSA, toute reprise de sa part d'une activité professionnelle même à temps partiel et quelle que soit la durée de cette reprise ;**
- **déclarer à la caisse de MSA, la perte par un des membres de sa famille inscrits au contrat, de la qualité d'ayant droit au sens du contrat (en cas de divorce, rupture du PACS, cessation du concubinage, perte par un enfant de la qualité d'enfant à charge au sens du contrat, etc) et ce, dès que l'événement considéré intervient.**

5 - Prestations

Les prestations Frais de santé pour les bénéficiaires de la portabilité sont identiques à celles définies par le contrat pour les salariés en activité.

Toute modification de ces prestations intervenant au cours de la période de portabilité est applicable aux bénéficiaires du maintien des garanties frais de santé.

L'ancien salarié doit pouvoir justifier, pendant toute la durée du maintien des garanties de sa prise en charge par le régime de l'assurance chômage. Ainsi à la demande de la MSA ou lors de la demande de règlement des prestations, outre les documents prévus au contrat nécessaires à ces règlements, il doit transmettre la justification de sa prise en charge par le régime de l'assurance chômage (dernier décompte des allocations chômage perçues, en principe) et, le cas échéant, celle des indemnités journalières qui lui sont versées par le régime obligatoire de protection sociale. **À défaut de production de ce justificatif, l'assureur pourra refuser ou suspendre la prise en charge des prestations.**

6 - Cessation de la portabilité

Le maintien des garanties frais de santé cesse au plus tard 12 mois après la date de rupture du contrat de travail de l'ancien salarié et, en tout état de cause :

- à la fin de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit si elle est inférieure à 12 mois ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ;
- à la date de liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime obligatoire de protection sociale y compris pour inaptitude au travail,
- à la fin du mois du décès de l'ancien salarié ;
- en cas de résiliation du contrat.

En cas de changement d'organisme assureur, le nouvel assureur doit prendre en charge les bénéficiaires de la portabilité à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

Au terme de ce maintien, les dispositions de l'article 3-9 ci-après sont applicables.

ARTICLE 3-9 – MAINTIEN DES GARANTIES SOUS FORME DE CONTRAT INDIVIDUEL

L'organisme assureur adressera aux personnes cessant d'être garanties par le contrat et susceptibles de bénéficier des dispositions de **l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989**, une proposition de maintien de la couverture Complémentaire Santé dans le cadre d'une **adhésion à un contrat individue**l, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de l'événement les plaçant dans une situation leur ouvrant droit au bénéfice des dispositions dudit article 4 (date de cessation du contrat de travail, expiration de la période de maintien à titre temporaire dans les conditions prévues ci-dessus, date du décès du participant). Ce contrat est souscrit auprès des Caisses régionales Groupama, partenaires de l'Institution.

Les personnes considérées visées par l'article 4 précité doivent répondre à l'une des conditions suivantes à la date de cessation des garanties :

- être bénéficiaire d'une pension de retraite,
- être privé d'emploi et bénéficier d'un revenu de remplacement,
- avoir un contrat de travail rompu et être bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité et percevoir à ce titre des prestations en espèces de la CMSA,
- avoir la qualité d'ayant droit d'un participant décédé, sous réserve d'avoir été inscrit au contrat à la date du décès.

Elles devront accepter la proposition de maintien de la couverture Complémentaire Santé, au plus tard, au terme d'un délai de 6 mois suivant la date de l'événement considéré.

L'entrée en vigueur de la couverture Complémentaire Santé proposée par l'assureur prendra effet dans les conditions suivantes :

- dès la date de cessation des garanties du contrat collectif, sous réserve du paiement des cotisations depuis cette date
- le jour de l'acceptation par l'intéressé de la proposition de l'assureur, dans le cas contraire.

Il convient de noter qu'en cas de décès d'un participant bénéficiaire d'un maintien temporaire de garanties dans le cadre du contrat en sa qualité d'ancien salarié, les ayants droit survivants qui étaient eux-mêmes bénéficiaires des garanties du contrat à la date de cet événement doivent faire la déclaration du décès **dans un délai maximum de 30 jours à compter de sa date de survenance**.

Les garanties entrent en vigueur :

- dès la date de cessation des garanties du contrat collectif, sous réserve du paiement par le participant des cotisations depuis cette date ;
- le jour de l'acceptation par l'intéressé de la proposition de l'Institution, dans le cas contraire.

TITRE 4
SERVICE DE TIERS PAYANT

Un service de tiers payant est mis à votre disposition.

1. DÉFINITION - OBJET

Ce service permet aux personnes assurées de bénéficier auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif, de la dispense d'avance des frais :

- au moins à hauteur de la base de remboursement, en ce qui concerne les prestations faisant l'objet des garanties du contrat et remboursées par le régime obligatoire de protection sociale ;
- pour l'intégralité de son montant (tel que fixé par l'arrêté prévu par l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale) et sans limitation de durée en ce qui concerne le forfait journalier appliqué par les établissements hospitaliers.

2. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

L'institution vous délivre une attestation de tiers payant qui devra lui être restituée dans toutes les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation du contrat ;
- si vous ne remplissez plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre de la Mutualité Sociale Agricole obligatoire dont vous relevez ou si votre ayant droit ne remplit plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre du régime obligatoire dont il relève ;
- en cas d'utilisation ou de tentative d'utilisation frauduleuse du système ;
- et en tout état de cause en cas de votre départ de l'entreprise ou dès lors que votre ayant droit le cas échéant, ne répond plus à la définition de l'article 5-1.

L'Institution se réserve le droit de réclamer tant à votre entreprise, qu'à vous-même qu'à votre ayant droit, et le cas échéant au professionnel de santé tout document ou tout indu relatif au système de tiers payant.

ANNEXE 1 - TABLEAU DES GARANTIES

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO) sauf mention contraire.

Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR).

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (article L.160-13 du code de la Sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement.

Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise.

		PRESTATIONS
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	conventionné	100 % TM
	non conventionné	100 % TM
Honoraires	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 155 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR
Actes chirurgicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 155 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier[1]		100 % FR
Participation forfaitaire « actes lourds »		100 % FR
Frais d'accompagnement tout ayant droit inscrit au contrat, par jour dans la limite par an et par personne assurée de :		25 € 10 Jours
Chambre Particulière y compris Maternité, y compris ambulatoire, par jour		40 Euros
Hospitalisation à l'étranger (RO français[2])		120 % BR
LE + MATERNITÉ		
Indemnité de naissance[*], par maternité [*] Pour les dépassements d'honoraires des praticiens non adhérent à un DPTAM, dans la limite de 100 % TM + 100 % BR		33 % PMSS
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux	généraliste adhérent à un DPTAM	60 % BR
	généraliste non adhérent à un DPTAM	40 % BR
	spécialiste adhérent à un DPTAM	60 % BR
	spécialiste non adhérent à un DPTAM	40 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité	adhérent à un DPTAM	60 % BR
	non adhérent à un DPTAM	40 % BR
Radiologie et imagerie médicale	adhérent à un DPTAM	40 % BR
	non adhérent à un DPTAM	100 % TM
Honoraires paramédicaux		
- Sages-femmes		60 % BR
- Autres auxiliaires médicaux		100 % TM
Analyses et examens de laboratoire		100 % TM
Médicaments :		
- Pharmacie prescrite prise en charge par le RO		100 % TM
- Pharmacie prescrite non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée		NON GARANTI
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO, par an et par personne assurée		NON GARANTI
Matériel médical :		
- Prothèses médicales et orthopédiques (hors aides auditives) prises en charge par le RO		40 % BR
- Petit appareillage médical (hors optique, dentaire et aides auditives)		40 % BR
- Grand appareillage médical		40 % BR
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (y compris hospitalisation)		150 % BR
Médecine Douce : Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture et Sophrologie dans la limite par an et par personne assurée de :		30 Euros par séance 4 séances
Cures thermales prises en charge par le RO (y compris hospitalisation) :		
- Frais d'hospitalisation et actes médicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM
- Frais supplémentaires hébergement et transport, par an et par personne assurée		NON GARANTI
AIDES AUDITIVES		
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans		
Équipements 100 % santé [3]		Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
Équipements hors 100 % santé		
Prothèses auditives prises en charge par le RO dans la limite par oreille de :		40 % BR 1 700 Euros

	PRESTATIONS		
OPTIQUE			
Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai) [4]			
Équipement 100 % santé [3]	Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Équipements hors 100 % santé (dont maximum 100 € pour la monture) :	***Opticien partenaire Sévéane***		
	NON		***OUI***
Équipement optique : 1 monture et 2 verres	**Adulte**	**Enfant**	
- Verres simples	350 Euros	350 Euros	Monture : 100 € Verres : 100 % des prix négociés[5]
- Verres mixtes simple-complexe	390 Euros	400 Euros	
- Verres mixtes simple-très complexe	395 Euros	400 Euros	
- Verres complexes	410 Euros	480 Euros	
- Verres mixtes complexe-très complexe	415 Euros	480 Euros	
- Verres très complexes	430 Euros	480 Euros	
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO, par an et par personne assurée	100 % TM + 150 Euros		
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100 % santé[3]	Pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation		
Soins et prothèses hors 100 % santé :	***Dentiste partenaire Sévéane***		
	NON		***OUI***
- Soins	100 % TM		100 % FR
- Inlays / Onlays	100 % TM + 150 % BR		
- Prothèses et inlay-cores pris en charge par le RO : avec un supplément par an et par personne assurée de :	140 % BR 450 Euros		160 % BR 450 Euros
Orthodontie prise en charge par le RO	250 % BR		
Implantologie dentaire par an et par personne assurée	300 Euros		
Parodontologie, par an et par personne assurée	150 Euros		300 Euros
PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN			
Actes et prestations de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale et pris en charge par le RO	INCLUS		

1 Cette prestation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements de santé, et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux

2 En cas d'hospitalisation dans un pays étranger (autre qu'un état membre de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange), la prise en charge des frais de séjour par l'assureur sera en tout état de cause limitée aux bases indiquée.

3 Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale

4 Conformément aux planchers et plafonds prévus aux articles D.911-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale récemment modifiés et figurant ci-après

a) équipement à : - *verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre-6,00 et + 6,00 dioptries* - *verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries* - *verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries*	*Minimum : 100 €* *Maximum : 420 €* ***dont 100 € au maximum pour la monture***
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	*Minimum : 150 € - Maximum : 560 €* ***dont 100 € au maximum pour la monture***
c) équipement à : - *verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de-6,00 à + 6,00 dioptries* - *verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries* - *verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à-6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie* - *verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries* - *verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre-4,00 et + 4,00 dioptries* - *verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries* - *verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries*	*Minimum : 200 €* *Maximum : 700 €* ***dont 100 € au maximum pour la monture***
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	*Minimum : 150 € - Maximum : 610 €* ***dont 100 € au maximum pour la monture***
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	*Minimum : 200 € - Maximum : 750 €* ***dont 100 € au maximum pour la monture***
f) équipement à : - *verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de-4,00 à + 4,00 dioptries* - *verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries* - *verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à-8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie* - *verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries*	*Minimum : 200 €* *Maximum : 800 €* ***dont 100 € au maximum pour la monture***

5 100 % des prix négociés sur une sélection de verres entre les opticiens membres du réseau Sévéane et l'Institution dans les limites des planchers et plafonds de garanties réglementaires

Commentaires annexes

Limitations liées à l'optique

Lunettes : Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai). Prise en charge d'un équipement par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ; et sans délai pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Définitions des verres simples, complexes et très complexes

Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre-6,00 et + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.
Verres complexes : Verres unifocaux qui ne font pas partie des verres simples ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre-4,00 et + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques qui ne font pas partie des verres complexes.

Définitions des abréviations

BR : Base de remboursement du RO.
DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maitrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique).
FR : Frais réellement engagés par la personne assurée sous déduction du remboursement du RO.
TM : Ticket modérateur
RO : Régime obligatoire de protection sociale
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 428 € pour l'année 2021.

ANNEXE 2
DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE CASSE ET RÉPARATION DES PROTHÈSES DENTAIRES

1. OBJET DE LA GARANTIE

L'institution garantit pour une période de 10 ans, à compter de la date de réalisation définitive des prothèses, les prothèses dentaires conjointes et adjointes en résine réalisées pour les personnes garanties par le contrat dès lors qu'elles restent assurées sans interruption par le contrat.

Les travaux prothétiques doivent **obligatoirement** :
- avoir fait l'objet d'un devis,
- avoir été effectués par un chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane,
- avoir fait l'objet d'une note d'honoraires détaillée ayant permis l'édition d'un certificat de garantie remis à la personne assurée.

Si l'ensemble de ces conditions ne sont pas remplies, la garantie n'intervient pas.

2. CE QUI EST GARANTI

- **Pour les prothèses conjointes :** En cas de casse, le remplacement à l'identique de la prothèse, tel que mentionné sur le certificat de garantie remis à la personne assurée, aux frais réels déclarés par le chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane, au jour de la nouvelle réalisation prothétique.
- **Pour les prothèses adjointes en résine** : Pour leur réadaptation ou la casse de la base résine, le versement d'une prestation de cent cinquante (150) euros, dans la limite des frais réels, pour les appareillages adjoints réalisés chez un chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane.
- **Prothèses concernées :**
  - **Pour les prothèses conjointes :** toutes les couronnes, bridges et inlay-core,
  - **Pour les prothèses adjointes :** les appareillages entièrement réalisés en résine.
- **Réalisation :** La pose initiale de la prothèse, le remplacement ou la réparation de la prothèse devra obligatoirement être réalisé chez un chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane. Pour les bridges le remplacement devra être effectué à l'identique.
- **Remboursement :** Le remboursement interviendra après réception de la note d'honoraires.

3. FONCTIONNEMENT DE LA GARANTIE

La garantie est accordée pour les prothèses qui ont été intégralement ou partiellement prises en charge par l'institution.

Le certificat de garantie comportant la période de validité, le descriptif précis de la prothèse, sa localisation (le numéro de la dent en cas de prothèse conjointe) et son prix devra être fourni. Il accompagnera le devis du chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane, qui réalisera les travaux de réparation.

Ceux-ci ne peuvent commencer qu'après réponse de l'institution, qui interviendra à compter de la date de réception du dossier, dans un délai de 7 jours ouvrés maximum. Ce délai peut être supérieur à 7 jours ouvrés en cas de demande par l'institution d'un examen dentaire réalisé par un chirurgien-dentiste désigné par elle. L'institution peut être amenée à réclamer toutes pièces qu'elle jugera utile.

La garantie n'est accordée qu'une seule fois pour une même prothèse.

Elle est accordée à défaut d'intervention de la garantie d'assurance responsabilité civile professionnelle du chirurgien-dentiste membre du réseau Sévéane lorsque cette responsabilité est susceptible d'être engagée.

4. EXCLUSIONS

Sont exclus de par la nature de la garantie :
- **Pour les prothèses conjointes :**
  - **Toute nouvelle réalisation prothétique faisant suite à une dépose de la prothèse garantie pour cause de reprise de carie ou infection apicale.**
  - **Les implants.**
  - **Les Inlays core.**
- **Pour les prothèses adjointes :**
  - **Tous actes autres que la casse de la prothèse en résine.**
  - **Les stellites.**

Sont exclus par ailleurs les dommages esthétiques liés à la rétraction gingivale et à l'usure de la prothèse.

L'institution peut également refuser la mise en jeu de la garantie casse et réparation si la personne assurée :
- **transmet une fausse déclaration,**
- **n'est plus assurée par le contrat,**
- **refuse de se soumettre à l'éventuel examen dentaire demandé par l'institution.**

ANNEXE 3
DÉFINITIONS

DÉFINITION DES PERSONNES ASSURÉES

AYANT(S) DROIT : Lorsque l'« Extension Famille » est souscrite, sont considérés comme ayant(s) droit du participant au sens du contrat :

- **le conjoint :** la personne mariée avec le participant (au sens de l'article 143 du code civil) et non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle.
  Peuvent être assimilés au conjoint :
  - **le cocontractant ou partenaire du PACS :** la personne qui a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le participant dans les conditions fixées aux articles 515-1 à 515-7 du code civil, et exerçant ou non une activité professionnelle ;
  - **le concubin :** il faut entendre la personne vivant en concubinage, selon les dispositions de l'article 515-8 du code civil, avec le salarié, au même domicile, de façon notoire à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations et exerçant ou non une activité professionnelle, sous réserve que les concubins soient l'un et l'autre libres au regard de l'état civil de tout lien de mariage ou de PACS. La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun. Cette déclaration doit également indiquer le numéro de Sécurité Sociale de chacun des intéressés.
- **les enfants à charge :** les enfants à charge du salarié, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin tels que définis ci-dessus :
  - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base de l'ouvrant droit, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
  - âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études. L'enfant âgé de 21 ans ou plus devra justifier de la poursuite d'études par tout moyen probant, notamment un certificat de scolarité ou une carte d'étudiant en cours de validité, au titre de l'année concernée.
    L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement (emploi saisonnier,...) ou accessoirement (petit travail d'appoint,...) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de son activité ;
  - âgés de moins de 28 ans s'ils se trouvent sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
  - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé –AAH– (article L.821-1 du code de la Sécurité sociale). Les personnes handicapées qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquelles celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérées comme étant à charge ;
  - les enfants du participant nés « viables » moins de 300 jours après son décès.
- **les ascendants à charge :** les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à charge du participant au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'Institution.

CHANGEMENT DE SITUATION DE FAMILLE : Sont considérés comme constituant un changement dans la situation familiale du participant, les événements suivants :

- mariage, concubinage, PACS ;
- divorce, séparation de corps, rupture des relations de concubinage, dissolution du PACS ;
- naissance ou adoption d'un enfant ;
- reconnaissance d'une situation d'ascendant à charge ;
- perte de la qualité d'enfant à charge ou d'ascendant à charge ;
- décès d'un enfant à charge, du conjoint ou d'un ascendant à charge.

En cas d'adoption, de séparation de corps ou de divorce, la date de l'événement à prendre en compte est celle du prononcé du jugement.

En cas de conclusion ou de dissolution d'un PACS, la date de l'événement à prendre en compte est celle de l'inscription sur le registre établi à cet effet au tribunal judiciaire du lieu de résidence commune.

AUTRES DÉFINITIONS

100 % SANTÉ : Dispositif par lequel certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires sont intégralement remboursées par le régime obligatoire de protection sociale et les contrats de complémentaire santé responsables (donc sans frais restant à la charge des personnes assurées) sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés (prix limites de vente pour les équipements d'optique et les aides auditives et honoraires limites de facturation pour les prothèses dentaires).

Pour ces soins identifiés sous le terme de panier « 100% santé », qui sont définis règlementairement, les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ».

Les contrats de complémentaire santé responsables doivent obligatoirement rembourser la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste et le montant remboursé par le Régime obligatoire de protection sociale, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100% santé ».

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% santé », sous réserve qu'il en existe un qui réponde au besoin de santé.

ACCIDENT : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

AIDES AUDITIVES : Appareils améliorant l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif *(Synonymes : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs)*.

AN (PAR AN) ou (PAR PÉRIODE D'1 AN) (PAR PÉRIODE DE 2 ANS) (PAR PÉRIODE DE 4 ANS) : La mention « par an » utilisée dans le libellé des dispositions contractuelles signifie « par année civile ».

Toutefois, pour les postes « Optique » et « Aides auditives », la réglementation impose une période minimale de renouvellement, pendant laquelle il n'est pas possible de changer d'équipement.

En ce qui concerne les frais d'acquisition de lunettes, la période d'1 an, de 2 ans ou de 6 mois prise en considération par l'institution est décomptée à partir de la date d'acquisition de l'équipement complet ou du dernier élément de l'équipement (soit les verres, soit la monture) en cas d'achat décalé dans le temps de chacun de ces éléments.

En ce qui concerne les frais d'acquisition d'un appareil auditif, la période de 4 ans prise en considération est décomptée à partir de la date d'acquisition de celui-ci. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE : Il s'agit de l'ensemble des actes (prélèvements, analyses…) généralement réalisés par un laboratoire de biologie médicale *(Synonymes : examens de laboratoire, biologie médicale, analyses médicales)*.

AUXILIAIRES MÉDICAUX : Professionnels paramédicaux (à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, …) dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le régime obligatoire de protection social (*Synonyme : professionnel paramédical).*

BASE DE REMBOURSEMENT (BR) : Tarif servant de référence au régime obligatoire de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue :

- le tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession ;
- le tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention ;
- le tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Il est précisé que lorsque les frais sont engagés à l'étranger, le remboursement de l'Institution est déterminé en fonction de la base de remboursement du régime obligatoire de protection sociale.

CONTRAT « RESPONSABLE » : Une complémentaire santé est qualifiée de « responsable » lorsqu'elle répond aux conditions définies par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et les textes publiés pour son application (articles R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale ; les dispositions de ce dernier figurent en annexe 4 au présent contrat).

Une Complémentaires santé « responsable » doit :

- prendre en charge l'intégralité du ticket modérateur (exception possible pour certains frais ou actes énumérés à l'annexe 4 précitée) ;
- prendre intégralement en charge dans la limite des prix limites de vente et honoraires limites de facturation les frais d'acquisition d'aides auditives, de lunettes (soit pour un équipement complet : une monture et deux verres) et de prothèses dentaires appartenant au panier « 100 % santé » ;

- lorsqu'elle prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins :
  - prévoir des montants de remboursement complémentaires inférieurs lorsque le médecin n'adhère pas à l'un des DPTAM définis ci-après,
  - limiter, en tout état de cause, le remboursement des dépassements d'honoraires de ce médecin à un plafond spécifique ;
- prendre en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée ;
- lorsqu'elle prévoit la prise en charge des frais d'acquisition de lunettes n'appartenant pas au panier « 100 % santé » au-delà de la base de remboursement retenue par le régime obligatoire, fixer le montant du remboursement complémentaire à l'intérieur des planchers et plafonds de garantie prévus par la règlementation (intégrant un remboursement plafonné de la monture) et respecter les fréquences de prise en charge de ces frais.
- lorsqu'elle prévoit la prise en charge des frais d'acquisition d'aides auditives n'appartenant pas au panier « 100 % santé » au-delà de la base de remboursement retenue par le régime obligatoire, fixer le montant du remboursement complémentaire dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation pour ces frais et respecter la fréquence de prise en charge de ces derniers.
- permettre à la personne assurée de bénéficier auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif, d'un système de Tiers payant tel que défini ci-dessous.

En revanche, une Complémentaire santé « responsable » ne rembourse pas :

- **les majorations du ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le régime obligatoire de protection sociale, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de seize (16) ans ou plus n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un médecin hors parcours de soins ;**
- **tout ou partie des dépassements d'honoraires que certains médecins spécialistes sont autorisés à appliquer pour les consultations et actes réalisés hors parcours de soins coordonnés ;**
- **la participation forfaitaire, applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ainsi que prévu au II de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale ;**
- **les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport, ainsi que prévu au III de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale.**

CONTRAT « SOLIDAIRE » : Une complémentaire santé est qualifiée de « solidaire » lorsque s'agissant d'un contrat d'assurance de groupe, l'organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts.

COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MINIMALE DES SALARIÉS : Une complémentaire santé satisfait à la couverture complémentaire santé minimale des salariés prévue à l'article L.911-7 du code la Sécurité sociale dès lors qu'elle répond à la définition de « contrat responsable » indiquée ci-dessus. Elle doit en outre, prévoir des montants de remboursement complémentaires au moins égaux aux montants minimaux mentionnés à l'article D.911-1 du code précité.

En application de ce dernier article, la couverture complémentaire santé minimale des salariés améliore les remboursements prévus dans le cadre de la législation sur les complémentaires santé responsables par les prises en charge suivantes :

- prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques et des frais de soins d'orthopédie dentofaciale à hauteur au moins de 125 % de la base de remboursement retenue par le régime obligatoire de protection sociale (remboursement du régime obligatoire compris) ;
- prise en charge minimum plus élevée en optique pour certains frais de lunettes, fixée à :
  - 100 euros pour un équipement mentionné au a du 3° de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale[(*)],
  - 150 euros pour un équipement mentionné au b et au d du 3° de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale[(*)].

Les autres limites relatives au montant minimum des remboursements ou à la fréquence de prise en charge des frais d'optique par l'assurance maladie complémentaire, prévues par la législation sur la couverture complémentaire santé minimale des salariés sont identiques à celles prévues par la législation sur les complémentaires santé responsables.

[(*)] cet article est reproduit en annexe 4 au présent contrat.

CRÉDIT : Somme utilisable en une ou plusieurs fois jusqu'à épuisement au cours de l'année civile.

DENTAIRE : Ce terme désigne les actes et prestations bucco-dentaires réalisés par un chirurgien–dentiste, un orthodontiste ou un stomatologue et qui comprennent : les soins dentaires (consultation, détartrage…), les prothèses dentaires, l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie…

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES : Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement du régime obligatoire de protection sociale et qui n'est jamais remboursée par ce dernier. En cas de dépassement d'honoraires d'un médecin, non adhérant à un DPTAM tel que défini ci-après, le remboursement complémentaire est plafonné conformément au décret du 18 novembre 2014.

DEVIS : Document établi par certains professionnels de santé, présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE – DPTAM (OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISÉE (OPTAM)/OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISÉE CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE (OPTAM-CO) : Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-Co) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013). L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'Optam ou l'Optam-co, le site annuairesante.ameli.fr est à la disposition de tous.

ENVOI RECOMMANDÉ ÉLECTRONIQUE : Équivalent à l'envoi par lettre recommandée dès lors qu'il satisfait aux exigences de l'article L. 100 du code des postes et communications électroniques.

ÉVOLUTION DE LA VUE : La justification d'une évolution de la vue (selon les seuils définis par la règlementation et figurant dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale) entraînant la prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale et l'institution d'une paire de lunettes (soit une monture et deux verres) par période d'un an au lieu de deux pour les adultes et enfants de 16 ans et plus, et sans délai, uniquement pour les verres, pour les enfants de moins de 16 ans), résulte :

- soit de la prescription médicale précisant le changement de la correction,
- soit, dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec adaptation à la vue par l'opticien, du devis ou de la facturation qu'il réalise et qui précise la nouvelle correction. Celle-ci doit être comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet, pour la personne considérée, d'un remboursement par la complémentaire santé.

Par ailleurs, pour toutes les personnes assurées, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la vue liée à une situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés fixée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, sous réserve que cette évolution fasse l'objet d'une nouvelle prescription médicale.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER : Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

FRAIS DE SANTÉ : Frais médicaux, dentaires, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'optique engagés par une personne assurée.

HONORAIRES : Rémunération d'un professionnel de santé libéral. Les honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet. Les honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sages–femmes) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

HOSPITALISATION : Séjour comportant au moins une nuitée dans un établissement de santé (public ou privé) en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

HOSPITALISATION À DOMICILE « HAD » : L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

HOSPITALISATION AMBULATOIRE : Séjour d'une durée inférieure à 24 heures consécutives et sans nuitée dans un établissement de santé (hôpital, clinique), le patient arrivant et repartant le même jour *(Synonyme : hospitalisation de jour).*

IMPLANTOLOGIE DENTAIRE : L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est ensuite fixée une prothèse. Hormis la prothèse, l'implantologie n'est qu'exceptionnellement remboursée par le régime obligatoire de protection sociale.

INLAYS ET ONLAYS : Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Les inlays et onlays ne sont pas des prothèses.

MALADIE : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

MATÉRIEL MÉDICAL : Biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations remboursables par le régime obligatoire de protection sociale, notamment le matériel d'aide à la vie ou nécessaire à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles, … *(Synonyme : dispositifs médicaux (DM), appareillage petit ou grand)*

MATERNITÉ : Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.

MÉDECIN TRAITANT : Médecin généraliste ou spécialiste choisi par l'assuré social ou par chaque ayant droit âgé de 16 ans ou plus ou encore par l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale pour les ayants droit âgés de moins de 16 ans, et dont le nom est communiqué à l'organisme gestionnaire du régime obligatoire de protection sociale de chaque intéressé.

MÉDECIN CORRESPONDANT : Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant.

MÉDECIN À ACCÈS DIRECT AUTORISÉ : Pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins coordonnés.

NOMENCLATURE : Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale et les conditions de leur remboursement.

OPTIQUE : Les équipements optiques sont des dispositifs médicaux qui permettent de corriger les troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie. Il peut s'agir de lunettes (une monture + deux verres) ou de lentilles. La chirurgie réfractive permet également de corriger certains troubles visuels.

Les équipements entrant dans le panier « 100 % santé » sont remboursés intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement du régime obligatoire de protection sociale, dans la limite des prix maximum que les opticiens s'engagent à respecter.

L'offre « 100 % santé » n'est pas exclusive : il est possible d'opter pour un équipement « mixte » composé de verres de l'offre « 100 % santé » et d'une monture « Hors 100 % santé », ou inversement.

ORTHODONTIE : Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées…), grâce à des appareils dentaires.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS : Circuit que les patients doivent respecter (hors hospitalisation) pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement, sans application de sanctions. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire de protection sociale âgés de plus de 16 ans.

Un patient est considéré comme étant toujours dans le parcours de soins, lorsque se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique de son lieu de résidence habituelle, ainsi que prévu à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale, il consulte un autre médecin que son médecin traitant.

PARODONTOLOGIE : Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents…). Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus. Le régime obligatoire de protection sociale ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PASS) : Salaire annuel plafonné utilisé pour le calcul des cotisations sociales de base. Son montant est fixé par décret et évolue au 1er janvier de chaque année. L'évolution de cette valeur peut être obtenue en consultant le site https://www.securite-sociale.fr/la-secu-et-vous/baremes.

PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS) : Salaire mensuel plafonné utilisé pour le calcul des cotisations sociales de base. Son montant est fixé par décret et évolue au 1er janvier de chaque année. L'évolution de cette valeur peut être obtenue en consultant le site https://www.securite-sociale.fr/la-secu-et-vous/baremes.

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

RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE (RO) : Régime obligatoire de la Mutualité sociale agricole et éventuellement pour les ayants droit du salarié, de la Sécurité sociale ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés ou le régime de Sécurité sociale des travailleurs non salariés pour le conjoint, partenaire ou concubin du salarié.

RÉSEAU SÉVÉANE : Réseau de professionnels de santé proposé et mis en œuvre au titre du contrat pour les garanties Optique et Dentaire. Les opticiens et chirurgiens-dentistes, membres de ce réseau ont pris des engagements au bénéfice des personnes assurées par le contrat afin de permettre à ces dernières de mieux maîtriser leurs dépenses de santé pour certains actes ou prestations que ces professionnels de santé effectuent ou délivrent.

SOINS DENTAIRES : Ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels. Le praticien conventionné a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie obligatoire française pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de dépassements d'honoraires (hormis pour les inlays-onlays).

SOINS COURANTS : Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux. Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires… Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont généralement considérées comme des soins de ville.
Synonymes : soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants

TÉLÉMÉDECINE : Relèvent de la télémédecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent, entre autres, des actes de télémédecine effectués par un professionnel médical :

- La téléconsultation, qui est une consultation à distance. Il convient de distinguer la téléconsultation médicale prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale pour laquelle les organismes assureurs interviennent en complément, de celle qui peut être incluse dans les services proposés par l'institution, indépendamment de la Sécurité sociale ;
- La téléexpertise, qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux sur la prise en charge d'un patient ;
- La télésurveillance médicale, qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient.

TICKET MODÉRATEUR (TM) : Somme restant à la charge du patient susceptible de varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés.

Cette participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

Ce ticket modérateur est égal à la différence entre la base de remboursement retenue par le régime obligatoire de protection sociale et le montant du remboursement dû par cette couverture Complémentaire Santé.

La participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale due par le patient ne sont pas prises en considération dans le calcul du ticket modérateur.

TIERS PAYANT : Système de paiement qui évite au patient de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le régime obligatoire de protection sociale et/ou l'organisme assureur de la couverture Complémentaire Santé pour les soins ou produits délivrés au patient (*Synonyme : dispense d'avance des frais).*

TRANSPORT SANITAIRE : Frais de transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, à des fins de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transport terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat à mieux comprendre les garanties dont ils bénéficient au titre du présent contrat. Toutefois, les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats Complémentaire Santé.

Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante : www.unocam.fr

ANNEXE 4
TEXTE RÈGLEMENTAIRE

Article R.871-2 du code de la Sécurité sociale
(Modifié par Décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 - art.1)

Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 160-5. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;

2° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3° Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :

- à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;
- dans le respect des limites ci-dessous, si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement prévoit une couverture des frais exposés par l'assuré en sus de la participation mentionnée au 1° pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée :

  a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :
     - par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre-6,00 et + 6,00 dioptries ;
     - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
     - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

  b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

  c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :
     - par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de-6,00 à + 6,00 dioptries ;
     - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
     - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à-6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
     - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
     - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre-4,00 et + 4,00 dioptries ;
     - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
     - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

  d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

  e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de-4,00 à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à-8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Lorsque l'équipement est composé de verres différents appartenant à une même catégorie a, c ou f définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie.

Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture est limitée à 100 euros.

Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation des assurés mentionnée au 1° pour l'acquisition de l'équipement.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

4° Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :

a) A hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 ;

b) Au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

5° Des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;

6° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

VOS CONTACTS

Pour tous renseignements ou questions relatives :

- **à votre garantie et aux prestations Santé hormis les frais d'optique et dentaires :**
  - votre caisse de MSA ;

  ou

  - ANIPS – GROUPAMA GAN VIE

    CS 40189 86962 FUTUROSCOPE Cedex

    Téléphone : 09 69 32 33 12 (appel non surtaxé)

- **à vos frais d'optique et dentaires :**
  - vous pourrez vous adresser au numéro indiqué à cet effet dans la notice pratique qui vous a été remise concernant les réseaux de professionnels de santé partenaires.

- **à la souscription des garanties individuelles en cas de suspension ou rupture de votre contrat de travail :**
  - votre Caisse Régionale Groupama, partenaire de l'ANIPS.

Anips

EN PARTENARIAT AVEC

Groupama

Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance des Salariés - Immeuble West Park 2 – 2 boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre

Institution de Prévoyance agréée par arrêté ministériel du 17 octobre 1979 régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale