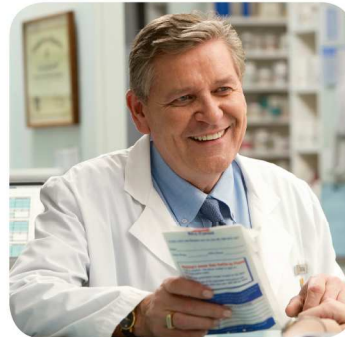
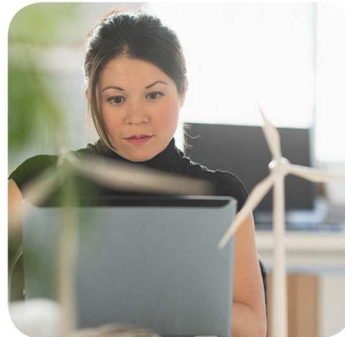


**Contrat collectif à
adhésion
obligatoire**

Contrat n° T331

Edition Janvier 2019

**Notice
d'information
Garanties
Santé**



**Personnel des
entreprises relevant de
la Convention
Collective Nationale
d'aéraulique,thermique
et frigorifique
(matériel) : installation,
entretien, réparation et
dépannage (IDCC
1412)**



**Personnel cadre *ou* non
cadre (personnel
relevant *ou* ne relevant
pas des articles 4, 4 bis
et 36 de la CCN du 14
mars 1947) *ou* Ensemble
du Personnel**

KLÉSIA
Prévoyance

La présente notice a pour objet de vous informer sur vos droits et obligations nés de la souscription d'un contrat par votre employeur qui relève de la Convention Collective Nationale d'aéraulique, thermique et frigorifique (matériel) : installation, entretien, réparation et dépannage (IDCC 1412) auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, située 4 rue Georges Picquart 75017 PARIS.

Elle précise notamment les garanties « frais de santé » dont vous bénéficiez, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Vous êtes couvert par les seules garanties souscrites par votre employeur dont le détail figure en annexe.

Le présent contrat se compose de plusieurs niveaux de garanties :

- Une base obligatoire ;
- Une des 3 options facultatives (Option, Celsius et Kelvin) mise en place par votre employeur et dont l'adhésion est facultative pour les participants.

Les garanties souscrites ainsi que le caractère obligatoire et facultatif sont précisés en annexe.

Ce document, qui vous est remis par votre employeur, constitue un résumé des dispositions contractuelles organisant les rapports entre votre employeur, vous-même et l'Institution.

Sommaire

Sommaire	3
Lexique	4
Généralités	6
Base légale	6
Respect des critères de responsabilité.....	6
Autorité de contrôle de l'Institution	6
Communication par voie électronique	6
Réclamation et médiation	6
Protection de vos données personnelles.....	6
Subrogation	11
Prescription	11
Votre affiliation	12
Conditions – Modalités d'affiliation	12
Personnes garanties.....	13
Suspension de votre contrat de travail	14
Suspension de votre contrat de travail rémunérée ou indemnisée	14
Suspension de votre contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée	14
Cessation de votre affiliation	14
Maintien des garanties.....	15
Vos garanties	17
Risques garantis	17
Modification des garanties et des taux de cotisations	18
Montant des prestations	18
Paiement des prestations	18
Bon de prise en charge.....	18
Tiers payant	18
Contrôle médical	18
Exclusions.....	19
Déclaration des frais de santé	19
Déclaration.....	19
Fausse déclaration	19
Documents nécessaires au règlement des prestations	20
Annexe : Récapitulatif des garanties souscrites	21
Catégorie de personnel garantie	21
Dispositions spécifiques relatives au personnel bénéficiant du maintien collectif des garanties.....	21
Information - Réclamation.....	22
Modalités de choix d'option	22
ANNEXE 1	23
Détail des garanties	23
Détail des garanties	26
Détail des garanties	29
Détail des garanties	32

Lexique

Base de remboursement (BR)

Tarif déterminé par l'Assurance Maladie, pour un acte ou soin, sur lequel intervient le remboursement. Il s'agit de :

- Tarif de convention : les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie. Le tarif est déterminé par l'Assurance Maladie et les représentants de la profession ;
- Tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux ;
- Tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné.

Cotisations

Contribution des salariés et/ou de l'employeur versée à l'Institution en contrepartie de son engagement.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

Entreprise ou adhérent

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel défini aux conditions particulières, qui s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

Franchises médicales

Sommes déduites des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Ces franchises ne sont pas remboursées par le contrat.

Dépassement d'honoraires

Différence entre les honoraires du professionnel de santé et la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Cette différence n'est jamais remboursée par cette dernière.

Forfait journalier ou hospitalier

Participation du participant aux frais entraînés par l'hospitalisation (hébergement et entretien) dans un établissement de santé. Cette participation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

Frais réels

Dépense réellement engagée par le participant pour un acte médical donné.

Garantie

Engagement de l'Institution, en contrepartie du versement de cotisations convenues d'avance, à verser une prestation à l'occasion de la réalisation d'un risque garanti par le contrat.

Maladie

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale, ouvrant droit aux prestations d'un régime de Sécurité sociale française.

Noemie

« Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs ». Échanges d'informations entre les caisses nationales des régimes obligatoires d'assurance maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de protection sociale.

Parcours de soins coordonnés

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

Participant

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

Prestation

Exécution de la garantie par l'Institution.

Ticket modérateur

Différence entre la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie et le montant du remboursement effectué par la Sécurité sociale, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables. Cette part des frais médicaux est laissée à la charge des assurés ou peut être prise en charge par l'organisme complémentaire.

Généralités

Base légale

Le présent contrat est soumis aux dispositions du Code de la Sécurité sociale et exclusivement soumis à la loi française.

Tout litige lié au présent contrat est du ressort des tribunaux français.

Respect des critères de responsabilité

Les dispositions du contrat frais de santé sont en conformité avec les exigences posées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats dits « responsables ».

En conséquence :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale n'est prise en charge ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale en vigueur pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1 ;
- l'Institution respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursements de prestations).

Il est précisé que le niveau des prestations « Kelvin » n'est pas en conformité avec les exigences posées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats dits « responsables ». En conséquence, pour ce niveau de garanties, l'entreprise ne pourra prétendre au bénéfice des exonérations sociales et fiscales prévues au titre des contrats responsables.

Autorité de contrôle de l'Institution

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

Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'Entreprise/vous et l'Institution et/ou le délégataire de gestion sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par vous-même des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Institution pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions de l'article R.932-1-6 du Code de la Sécurité sociale relatives aux modalités de résiliation du contrat.

Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative à l'exécution du présent contrat, vous devez adresser votre demande prioritairement à l'organisme en charge de la gestion de votre contrat dont les coordonnées figurent en annexe.

Si un désaccord persistait après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, vous pouvez, afin de trouver une issue amiable au différend vous opposant à l'Institution, vous adresser au médiateur du CTIP, dans le délai d'un an à compter de la réclamation par voie électronique via le formulaire de saisine en ligne sur le site internet : <http://www.ctip.asso.fr/> ou par courrier à l'adresse suivante :

**Médiateur du CTIP
10 rue Cambacérés
75008 PARIS**

Protection de vos données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie votre employeur à l'Institution, des données personnelles vous concernant sont collectées par KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, située 4, rue Georges Picquart 75017 PARIS en tant que responsable de traitement.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à la conclusion du contrat ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. A défaut de fourniture des données obligatoires, KLESIA Prévoyance sera dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

Les finalités de la collecte de vos données personnelles :

- Dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance, les données personnelles que nous collectons vont permettre :
 - l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;
 - la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;
 - la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;
 - l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;
 - l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
 - la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits
- Vos données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, KLESIA Prévoyance met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.
- Différents traitements opérés par les entités du Groupe KLESIA sont basés sur l'intérêt légitime afin de vous apporter les meilleurs produits et services, de continuer à améliorer leur qualité et de mieux vous connaître pour personnaliser les contenus et les services proposés et les adapter à vos besoins. Ils correspondent à :
 - la mise en place d'actions de prévention ;
 - la gestion de notre relation commerciale notamment par le biais d'actions telles qu'un programme de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des jeux concours ou des tests produits ou services ;
 - la lutte contre la fraude à l'assurance et les impayés, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA.
 - la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits.

Le traitement de vos données de santé :

Le traitement des données de santé vous concernant par KLESIA Prévoyance est soumis à votre consentement. Néanmoins, la conclusion du contrat d'assurance vaut recueil du consentement pour le traitement de vos données de santé à des fins de gestion du contrat et de lutte contre la fraude. Pour tout autre service nécessitant le traitement de vos données de santé, un consentement spécifique est recueilli.

Dans tous les cas, vos données de santé sont traitées en toute confidentialité et sont exclusivement destinées aux médecins conseils de KLESIA Prévoyance et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

Les décisions automatisées et le profilage :

Dans certains cas, KLESIA Prévoyance pourra être amenée à mettre en œuvre des décisions automatisées ou des traitements de profilage fondés sur l'analyse de vos données. Dans chaque cas, KLESIA Prévoyance vous informera spécifiquement et vous permettra de contester une décision automatisée prise à votre égard.

Les destinataires de vos données personnelles :

Dans le cadre des traitements de KLESIA Prévoyance, vos données peuvent être transmises à différents destinataires listés dans le tableau ci-dessous.

Le transfert de vos données personnelles hors de l'Union Européenne :

KLESIA Prévoyance traite vos données personnelles en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, nous vous en informerions spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de vos données personnelles.

Les durées de conservation de vos données personnelles :

Vos données personnelles sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire. Les durées de conservation varient en fonction des finalités et sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Vos droits :

Vous disposez d'un droit d'accès aux données traitées, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement, à la portabilité de vos données.

Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles que nous traitons de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par vous-même et traitées sur la base de votre consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Vous pouvez également vous opposer, à tout moment, à un traitement de vos données :

- **pour des raisons tenant à votre situation particulière que nous vous remercions d'argumenter ;**
- **lorsque vos données sont traitées à des fins de prospection, sans avoir à vous justifier.**

De plus, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site www.bloctel.gouv.fr

Par ailleurs, vous avez la possibilité :

- de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès ;
- de retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci.

Enfin, le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la CNIL via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exercent auprès de KLESIA Prévoyance.

L'exercice de vos droits auprès de KLESIA Prévoyance :

Ces droits peuvent être exercés en justifiant de votre identité et en précisant le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification.

Pour toute information ou exercice de vos droits relatifs aux traitements de vos données personnelles gérés par KLESIA Prévoyance, vous pouvez contacter son Délégué à la Protection des Données (DPO) :

- par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr
- par courrier à l'adresse KLESIA- SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil Cedex.

Réclamation auprès de la CNIL :

Vous disposez également d'une possibilité d'établir une réclamation près de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

Base légale du traitement	Finalités	Durée de conservation	Destinataires
Exécution d'un contrat d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> • l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ; • la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ; • la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ; • l'élaboration de statistiques et études actuarielles ; • l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ; • la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits. 	<p>Contrats d'assurance santé et prévoyance 5 ans à compter de la fin du contrat</p> <p>OU</p> <p>Contrat d'assurance vie 10 ans après le décès de l'assuré et au maximum 30 ans en cas de non réclamation du capital décès</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, • les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, • les prestataires, • les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions, • les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, • les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties, • les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité, • les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux. • les souscripteurs, les assurés, les adhérents et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants, • s'il y a lieu les bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat, • s'il y a lieu le responsable, les victimes et leurs mandataires ; les témoins, les tiers intéressés à l'exécution du contrat. • s'il y a lieu les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, • les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir, • les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne.
Obligation légale, réglementaire et administrative	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) : 5 ans à compter de la clôture du compte ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des clients.	<ul style="list-style-type: none"> • les personnes en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les clients dont ils ont la charge. • les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée. • les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment • la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor, • les autorités de contrôle compétentes • les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilités

Base légale du traitement	Finalités	Durée de conservation	Destinataires
Intérêt légitime du responsable de traitement	<ul style="list-style-type: none"> la mise en place d'actions de prévention la gestion de notre relation commerciale 	<p>Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions</p> <p>Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnels habilités du Groupe KLESIA les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques les services chargés du contrôle ; les sous-traitants et les partenaires les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.
	<ul style="list-style-type: none"> la lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA 	<p>6 mois à compter de l'émission de l'alerte</p> <p>OU</p> <p>5 ans à compter de la clôture du dossier Fraude</p> <p>OU</p> <p>2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire</p> <p>Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude : 5 ans à compter de l'inscription</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnels en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrats et de sinistres ; les autres entités du Groupe KLESIA dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude ; les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne ; les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs ; le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux ; le personnel habilité des sous-traitants. les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude, les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux ; les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude ; les auxiliaires de justice et officiers ministériels ; l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants. l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants.
	<ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits 	<p>Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ; les services chargés du contrôle ; les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures ; les entités du Groupe KLESIA ; les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs.

Base légale du traitement	Finalités	Durée de conservation	Destinataires
Consentement	<ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale 	Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement. En l'absence du retrait du consentement : Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale Pour les prospects : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect	<ul style="list-style-type: none"> les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ; les services chargés du contrôle ; les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures ; les entités du Groupe KLESIA ; les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.

Subrogation

L'Institution est subrogée dans vos droits ou ceux de vos ayants droit contre le tiers responsable et/ou ses assureurs, pour les préjudices qu'elle aura pris en charge et dans la limite des prestations versées.

Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale, toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Ce délai ne court :

- qu'à compter du jour où l'Institution en a eu connaissance en cas de réticence, omission ou fausse déclaration ;
- que du jour où les intéressés ont eu connaissance du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de votre employeur, de vous-même, ou de vos ayants droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre votre employeur, vous-même, ou vos ayants droit ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

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

Votre affiliation

Conditions – Modalités d'affiliation

Seuls les participants relevant du régime général obligatoire ou du régime local Alsace-Moselle peuvent bénéficier du présent contrat.

Modalité d'affiliation au régime obligatoire

Le contrat dont vous bénéficiez, souscrit par votre employeur qui relève de la Convention Collective Nationale d'aéraulique, thermique et frigorifique (matériel) : installation, entretien, réparation et dépannage (IDCC 1412), auprès de KLESIA Prévoyance est un contrat collectif et obligatoire pour l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie assurée. Vous avez la possibilité d'adhérer à une option supplémentaire facultative mise en place par votre employeur.

Votre employeur transmet à l'institution un bulletin d'affiliation dûment complété par vos soins (y compris le cas échéant celui de vos ayants-droit) :

- soit à la date d'effet du contrat si vous êtes présent dans l'effectif de l'entreprise à cette date ;
- soit à la date dans la catégorie de salariés assurée (embauche, promotion, mutation...).

Toutefois, conformément à l'article 3 de l'accord de branche, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer à la garantie Frais de santé, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de votre employeur. A défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit-être obligatoirement affilié.

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

- doivent être affiliés au contrat frais de santé dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir les conditions posées à la dispense d'affiliation ;
- peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au contrat ; celle-ci prendra effet le 1er jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

Modalité d'affiliation à l'option facultative

Pour vous affilier à l'option facultative, vous devez remplir un bulletin individuel d'affiliation sur lequel vous choisissez la formule souscrite par l'entreprise

Vous bénéficiez des garanties prévues au contrat frais de santé à compter de votre date d'affiliation. Seuls les frais engagés pour des soins postérieurs à la date d'affiliation seront pris en charge.

- la date d'effet du contrat, lorsque vous êtes présent dans l'effectif de l'entreprise à cette date, que vous faites partie de la catégorie assurée et que vous choisissez d'adhérer à une option facultative ;
- la date de votre embauche, ou de votre changement de catégorie professionnelle lorsque celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat, si vous choisissez d'adhérer à une option facultative ;
- le 1er janvier de chaque année, sous réserve de la transmission d'un bulletin d'affiliation deux mois avant le début de l'année, si vous décidez ultérieurement de vous affilier.

Votre entreprise doit transmettre à l'Institution votre bulletin d'affiliation dûment renseigné dans un délai de 30 jours.

Faculté de renonciation

Vous pouvez renoncer à votre affiliation pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que votre adhésion a pris effet.

Pour ce faire, vous devez envoyer à l'Institution une lettre recommandée avec avis de réception selon le modèle proposé ci-dessous.

Messieurs,
J'entends par la présente renoncer à mon affiliation à la garantie surcomplémentaire facultative complétant la garantie obligatoire souscrite par mon entreprise.
Fait à, Le.....
Signature de l'assuré

Les cotisations versées sont alors intégralement restituées à votre employeur dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de cette lettre, sous déduction des prestations versées.

Modalités de résiliation de l'affiliation à l'option choisie

Vous pouvez résilier votre affiliation le 1er janvier de chaque année, sous réserve de l'envoi à l'Institution d'une lettre recommandée avec accusé de réception moyennant un préavis de 2 mois avant l'échéance annuelle.

En cas de modification de vos droits et obligations, y compris en cas de modification des prestations et de révision des cotisations, vous pouvez résilier votre affiliation par lettre recommandée avec accusé de réception dans le délai d'un mois suivant la réception de la notice. La date d'effet de la résiliation est la date de modification de vos droits et obligations.

Personnes garanties

Vous êtes seul bénéficiaire de la présente garantie pour les frais de santé engagés pour vous-même.

Cependant, vous pouvez étendre le bénéfice des garanties à vos ayants droit dès lors qu'ils ont été régulièrement inscrits sur votre bulletin d'affiliation ou lors d'une demande ultérieure, sous réserve que leur affiliation soit prévue.

Sont considérés comme vos ayants droit, votre conjoint et vos enfants à charge, tels que définis ci-dessous.

Votre conjoint

Est considéré comme votre conjoint :

- votre époux (se), non divorcé ou non séparé(e) de corps judiciairement ;
- votre partenaire de Pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- votre concubin(e) dès lors que les conditions suivantes sont réunies :
 - vous vivez maritalement sous le même toit ;
 - vous êtes tous deux libres de tout lien conjugal et de tout lien de Pacs ;
 - vous entretenez une relation stable et continue.

Vos enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge vos enfants reconnus, adoptés ou recueillis ainsi que ceux de votre conjoint sous réserve qu'ils remplissent une des conditions suivantes :

- sont âgés de moins de 21 ans et être non-salariés et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié au participant par un PACS ou de son concubin ;
- sont âgés de moins de 21 ans et finissent leur cycle secondaire ;
- sont âgés de moins de 26 ans et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - en recherche d'un premier emploi, et inscrits comme demandeurs d'emploi au Pôle emploi ;
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel ;
- sont âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité permanente les empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunérée et sous réserve qu'ils perçoivent, avant leur 21^{ème} anniversaire, l'Allocation spéciale des Adultes Handicapés (AAH).

Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels vous versez une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

Justificatifs

Pour justifier de la qualité de bénéficiaire, doivent être fournis :

- une copie de votre attestation de droit ainsi que celle de vos ayants droit ;
- pour l'époux (se) : une copie du livret de famille ;
- pour le partenaire de PACS : un extrait d'acte de naissance mentionnant le Pacs ;
- pour le concubin: un décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun ;

- pour les enfants à charge : un certificat de scolarité ou une attestation de leur inscription à Pôle Emploi ou une copie du contrat de travail ou d'apprentissage ou une copie de la carte d'invalidé civil et attestation sur l'honneur précisant que l'enfant ne bénéficie pas d'un régime frais de santé au titre de son activité salariée.

Tout changement de situation de famille, d'adresse, de compte bancaire ou de centre de Sécurité sociale doit être signalé à l'Institution.

Suspension de votre contrat de travail

Suspension de votre contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Sous réserve du paiement des cotisations, les garanties sont maintenues lorsque vous vous trouvez dans la situation suivante :

- soit d'un maintien de salaire total ou partiel de l'adhérent ;
- soit d'indemnités journalières ou d'un rente d'invalidité complémentaires financées au moins pour partie par l'adhérent qu'elles soient versées directement par l'adhérent ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Suspension de votre contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat et par conséquent les garanties vous sont maintenues, moyennant le paiement des cotisations.

Lorsque la suspension de votre contrat de travail d'une durée supérieure à un mois, ne donne lieu à aucun maintien de salaire (congé sabbatique, congé parental, congé pour création d'entreprise...) les garanties sont suspendues de plein droit.

La suspension des garanties intervient à la date à laquelle vous avez effectivement cessé votre travail dans votre entreprise et s'achève dès votre reprise effective de travail au sein de la catégorie de personnel assurée.

Sur demande de votre employeur, vous pouvez bénéficier d'un maintien exceptionnel des garanties en contrepartie d'une cotisation spécifique, après accord de l'Institution.

Cessation de votre affiliation

Votre affiliation à l'Institution cesse de plein droit dans les cas suivants :

- résiliation de l'adhésion ou du contrat d'assurance de votre entreprise ;
- rupture de votre contrat de travail ;
- cessation d'activité ou disparition de votre entreprise ;
- lorsque vous n'appartenez plus à la catégorie assurée à la suite d'un changement de catégorie professionnelle ;
- liquidation de votre pension vieillesse, sauf situation de cumul emploi retraite au sein de votre entreprise ;
- décès.

A défaut de paiement des cotisations par votre employeur, les garanties peuvent être suspendues puis résiliées dans les conditions prévues à l'article L.932-9 du Code de la Sécurité sociale, sous un délai de 50 jours suivant l'échéance de paiement.

Cessation de vos ayants-droit

L'affiliation des bénéficiaires prend fin en cas de cessation de votre affiliation. Elle cesse également :

- à la date à laquelle vos ayants droit ne remplissent plus les conditions posées ci-avant ;
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour vos ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit ;
- au 31 décembre de l'année en cours de laquelle vous demandez la résiliation de votre ayant droit pour les cas d'affiliation facultative. Cette demande doit être adressée à l'Institution au plus tard avant le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée postérieurement est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette année.

Les membres de la famille, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier de la garantie au titre du contrat.

Cette radiation est définitive.

Maintien des garanties

En cas de rupture de votre contrat de travail donnant lieu à portabilité de vos droits

Conditions

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation de votre contrat de travail non consécutive à une faute lourde, les garanties sont maintenues dès lors que vous bénéficiez d'une prise en charge par le régime de l'Assurance Chômage. Le maintien des garanties est également subordonné à la condition que vos droits aient été ouverts chez votre dernier employeur.

Formalités

Pour bénéficier de la portabilité des droits, vous devez retourner à l'Institution le bulletin de demande de portabilité établi par l'Institution dûment complété et signé. Il incombe à votre employeur de vous informer de ce droit.

Date d'effet et durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation de votre contrat de travail.

Ce maintien vous est accordé pendant la période d'indemnisation par l'Assurance Chômage pour une durée équivalente à celle de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, de vos derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, et en tout état de cause, dans la limite de 12 mois.

La suspension des allocations du régime d'Assurance Chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien qui ne sera pas prolongée d'autant.

Bénéficiaires

Vous bénéficiez de ce maintien des garanties, ainsi que vos ayants droit déjà affiliés lors de la cessation de votre contrat de travail

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

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur chez votre dernier employeur. Ainsi, toute révision du contrat postérieure à la cessation de votre contrat de travail vous sera applicable.

Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité, ce qui entraîne l'absence de cotisations au titre de périodes postérieures à la cessation du contrat de travail pour votre employeur et vous-même.

Obligations déclaratives

Les justificatifs suivants doivent être adressés à l'Institution :

- à l'ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial de votre indemnisation par le régime d'Assurance Chômage ;
- trimestriellement au cours de la période du maintien des garanties, l'attestation de paiement de vos allocations chômage ou, le cas échéant, les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. En cas de sinistre, l'Institution pourra également réclamer ces documents à chacune de vos demandes de prise en charge.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de portabilité ;
- en cas de cessation du versement des allocations du régime de l'Assurance Chômage ;
- en cas de non transmission des justificatifs de prise en charge par l'Assurance Chômage ;

- en cas de résiliation du contrat d'assurance par votre ancienne entreprise ;
- à la date de votre décès.

Maintien individuel des garanties

En cas de cessation de votre contrat de travail

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties à titre individuel pour un niveau équivalent à celui du contrat collectif sans condition de durée, sans délai de carence ni d'examens ou questionnaires médicaux dès lors que vous bénéficiez :

- des prestations en espèce de la Sécurité sociale au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité ;
- d'une pension vieillesse ;
- d'un revenu de remplacement au titre de l'Assurance Chômage.

Vous devez formuler cette demande au plus tard dans les six mois suivant la cessation de votre contrat de travail ou le cas échéant, dans les six mois suivant la fin de la période de portabilité mentionnée ci-dessus.

Votre employeur doit informer l'Institution de la cessation de votre contrat de travail afin de lui permettre de vous proposer ce maintien individuel.

La cotisation est payable d'avance par les assurés. La lettre d'acceptation de l'Institution comportera la garantie, la date d'effet et le montant de la cotisation.

En cas de décès de l'assuré

A la suite de votre décès, vos ayants droits peuvent continuer à bénéficier à titre individuel d'une garantie de niveau équivalent à celui du contrat collectif, sans délai de carence et sans questionnaire médical, pour une durée minimum de douze mois à compter de votre décès, à condition d'en faire la demande dans les six mois suivant celui-ci.

Afin de permettre à l'Institution de proposer à vos ayants droit le maintien des garanties, l'entreprise doit informer l'Institution de votre décès dès qu'elle en a connaissance.

La cotisation est payable d'avance par les personnes garanties. La lettre d'acceptation de l'Institution comportera la garantie, la date d'effet et le montant de la cotisation.

Vos garanties

Risques garantis

L'Institution couvre les risques pour les seules garanties souscrites par votre employeur, dont le détail figure sur le récapitulatif des garanties annexées à la présente notice.

L'Institution complète les prestations en nature versées par la Sécurité sociale, et le cas échéant, par un autre organisme assureur, au titre des frais engagés par vous-même et par vos ayants-droit régulièrement affiliés.

Dans certains cas, les frais non remboursés par la Sécurité sociale française peuvent donner lieu à remboursement dans les conditions prévues dans le récapitulatif des garanties figurant en annexe.

Pour les prestations ci-dessous, il est fait application de dispositions spécifiques :

Soins courants

Le montant des prestations est minoré et plafonné lorsque le médecin consulté n'est pas adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Hospitalisation

Les garanties s'appliquent aux hospitalisations ayant pour but un traitement médical ou chirurgical.

Le forfait hospitalier est pris en charge sans limitation de durée, à l'exception de celui facturé par les établissements sociaux et médico-sociaux.

Maternité

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans, le contrat peut prévoir le versement d'une allocation forfaitaire.

Optique

La garantie optique comprend la prise en charge d'un équipement complet (verres et monture) sous forme d'un forfait, tous les deux ans à compter de la date d'achat du dernier équipement optique. Pour les enfants mineurs, le forfait est annuel.

En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la période de deux ans est réduite à un an. Cette évolution doit être justifiée par une prescription médicale précisant ce changement de correction ou par la facture de l'opticien précisant la nouvelle correction en cas de renouvellement de l'équipement par ce dernier.

Si vous avez besoin d'une correction de près et d'une correction de loin, et ne souhaitez ou ne pouvez pas porter des verres progressifs ou multifocaux, la garantie optique comprend la prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Dentaire

Pour les traitements orthodontiques, le nombre de semestres pris en considération pour le paiement des prestations est limité à six et la durée du traitement de contention est limitée à deux ans.

Les prothèses dentaires dont le montant des frais à engager excède 4500 euros doivent faire l'objet d'un devis soin par soin établi par le dentiste et transmis à l'Institution.

Le dentiste-conseil de l'Institution, après étude de ce devis, vous indique la codification exacte des actes qui font l'objet d'un remboursement complémentaire. Cette entente préalable doit être présentée au dentiste avant exécution des travaux, et jointe au dossier lors de la demande de remboursement.

Frais engagés à l'étranger

Les frais engagés à l'étranger pendant de courts séjours sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale, dans les limites du tableau de garanties.

Assistance

En complément des garanties frais de santé souscrites auprès de l'Institution, des garanties d'assistance peuvent être accordées. Un document définissant les prestations et les modalités de leur mise en œuvre sera alors joint à la notice d'information.

Modification des garanties et des taux de cotisations

Les garanties et les taux de cotisations définis au contrat sont établis en fonction de la législation et réglementation en vigueur au moment de sa prise d'effet. L'Institution peut les modifier en cas d'évolution législative ou réglementaire.

Les modifications ne seront applicables qu'aux seuls frais engagés postérieurement à l'entrée en vigueur des modifications.

Montant des prestations

Le montant des prestations figure sur le récapitulatif des garanties annexées à la présente notice.

Ce montant ne peut excéder le montant des frais restant à votre charge ou à la charge de vos ayants droit, après remboursement de la part de la Sécurité sociale et le cas échéant, d'un autre organisme assureur, dans la limite des frais réellement engagés.

Paiement des prestations

Le paiement des prestations intervient généralement dans les 8 jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire non compris. Le règlement s'effectue par virement sur votre compte bancaire.

Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de l'Institution.

Si vous bénéficiez du système de télétransmission NOEMIE, le transfert des décomptes de Sécurité sociale numérisés est effectué directement à l'Institution, vous évitant ainsi d'envoyer les décomptes papier. Cependant, pour le traitement de certaines prestations, les pièces complémentaires mentionnées ci-après pourront être réclamées, notamment lorsque ces prestations ne font pas l'objet d'une prise en charge préalable par la Sécurité sociale.

Bon de prise en charge

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné, l'Institution peut délivrer une prise en charge hospitalière. Dans ce cas, l'Institution règle directement à l'établissement hospitalier le complément de frais restant à votre charge, à l'exclusion des frais accessoires, des soins externes, des cures thermales, des frais de transport et de maternité, et, le cas échéant, de tout dépassement d'honoraires.

Tiers payant

En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, vous pouvez bénéficier du tiers payant pour l'ensemble des soins, au moins à hauteur du ticket modérateur, si le professionnel de santé le propose.

En outre, vous pouvez bénéficier, en fonction des garanties souscrites, du tiers payant à hauteur de la totalité de la garantie auprès de certains professionnels de santé conventionnés : pharmacies, laboratoires d'analyses biologiques, cabinets de radiologie, auxiliaires médicaux, centres de santé, soins externes...

Contrôle médical

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

La contestation des conclusions du médecin désigné par l'Institution doit être adressée par lettre recommandée à l'Institution dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de l'Institution. Dans cette hypothèse, vous avez la possibilité de vous faire représenter par votre médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de l'Institution. En cas de désaccord entre votre médecin traitant et le médecin conseil, les parties désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois, un troisième médecin pour les départager. A défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du ressort de l'Institution.

L'avis de ce médecin tiers s'impose aux parties.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

Exclusions

Sauf dispositions spécifiques prévues dans le tableau des garanties, n'entraînent aucun paiement par l'Institution :

- les actes hors nomenclature ;
- les frais non remboursés par la Sécurité sociale ;
- les frais dont l'interdiction de prise en charge est prévue dans le cadre du respect du cahier des charges des contrats responsables (sauf pour le niveau de prestations « Kelvin ») ;
- les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale ;
- le forfait journalier dans les établissements médico-sociaux ;

Déclaration des frais de santé

Déclaration

Vous devez déclarer les frais de santé ouvrant droit au versement des garanties, auprès du gestionnaire dont les coordonnées figurent en annexe.

Toute demande devra être accompagnée des justificatifs nécessaires précisés dans le tableau suivant.

L'Institution se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations.

Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée au participant est nulle conformément à l'article L.932-7 du Code de la Sécurité sociale. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Documents nécessaires au règlement des prestations

Les documents justificatifs à fournir pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-dessous. Vous devez également transmettre, le cas échéant, les décomptes établis par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé. Toutefois, l'Institution peut demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

Nature des frais	Pièces justificatives
Médecine courante <ul style="list-style-type: none"> – Consultation généraliste – Consultation ou acte de spécialiste – Analyses et examens de laboratoire – Auxiliaire médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Décomptes originaux délivrés par l'Assurance Maladie ; • Les factures originales acquittées mentionnant les frais engagés au titre des dépassements d'honoraires
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Originaux des factures acquittées établies par l'établissement hospitalier, mentionnant les frais engagés, la participation de la Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, la codification de l'acte opératoire • le reçu du ticket modérateur indiquant la nature des soins.
Cures thermales	<ul style="list-style-type: none"> • Décompte original de la Sécurité sociale • Les factures détaillées mentionnant les frais d'hébergement, de transports, de soins et d'honoraires des médecins.
Prothèses dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Devis détaillé soin par soin par le dentiste lorsque les frais engagés excèdent 4500 euros. Le dentiste-conseil de l'Institution indiquera au Participant la codification des actes faisant l'objet d'un remboursement. Ce devis doit être présenté préalablement à tous travaux. • Original de la facture détaillée acquittée précisant la codification des travaux effectués. • Décompte original de la Sécurité sociale.
Orthodontie	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et fin de semestre. • Notification éventuelle de refus de prise en charge par la Sécurité sociale
Parodontologie et implants	Facture originale détaillée et acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués.
Optique	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée de l'opticien mentionnant les frais réellement engagés pour les verres et les montures (facturés distinctement), et prescription médicale datant de moins de : <ul style="list-style-type: none"> – 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans – 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans – 3 ans pour les patients âgés de plus de 42 ans. • Facture détaillée de l'opticien mentionnant les frais réellement engagés pour les lentilles de contact correctrices, et prescription médicale datant de moins de : <ul style="list-style-type: none"> – 1 an, pour les patients âgés de moins de 16 ans – 3 ans, pour les patients âgés de 16 ans et plus. • En cas de renouvellement des verres correcteurs par l'opticien et sauf opposition du médecin prescripteur : <ul style="list-style-type: none"> – Prescription médicale initiale – Prescription médicale initiale mentionnant la correction réalisée par l'opticien lors du renouvellement.
Chirurgie réfractive	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés.
Acupuncture, ostéopathie, homéopathie, étio-pathie et chiropractie (Seules les séances auprès de professionnels diplômés dans la spécialité peuvent être remboursées)	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés et faisant apparaître la qualification nécessaire du praticien.
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale et médicaments prescrits	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription médicale • Facture originale détaillée et acquittée
Participation aux frais de maternité ou d'adoption	<ul style="list-style-type: none"> • Extrait d'acte de naissance de l'enfant né viable ou copie lisible du livret de famille • Copie lisible du jugement définitif d'adoption
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou refusés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Le cas échéant, photocopie des notifications de refus de prise en charge par l'Assurance Maladie • Facture originale détaillée et acquittée

Annexe : Récapitulatif des garanties souscrites

Catégorie de personnel garantie

La population concernée par le présent régime est constituée :

- **A titre obligatoire**, de l'ensemble du personnel, du personnel cadre (personnel relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947), du personnel non cadre (personnel ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947) en activité, inscrit sur les contrôles de l'Adhérent.
- **A titre facultatif**, du personnel bénéficiant du maintien collectif des garanties tel que défini ci-dessous :

Le personnel en suspension du contrat de travail non rémunéré

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise ou tout autre motif de suspension du contrat de travail non rémunéré, à condition que la demande de maintien des garanties soit effectuée dans les 6 mois qui suivent la suspension du contrat de travail.

Le personnel en prolongation de garanties

Le personnel bénéficiant du maintien des garanties tel que défini ci-dessous :

- Les salariés quittant l'Adhérent pour les raisons suivantes :
 - Rupture du contrat de travail indemnisée par Pôle Emploi,
 - Rupture du contrat de travail pour les titulaires d'indemnités journalières,
 - Rupture du contrat de travail pour les titulaires d'une rente d'invalidité,
 - Les pré-retraités
 - Liquidation de la pension vieillesse du régime général de la Sécurité sociale.

Sous réserve d'effectuer la demande d'adhésion dans un délai de 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, la fin de la période du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits.

- Les ayants droit, le conjoint, concubin et partenaire du PACS du personnel bénéficiant du maintien de garanties tel que défini ci-dessus.
- Les ayants droit et le conjoint, concubin et partenaire du PACS des salariés décédés pendant une durée minimale de 12 mois à compter de la date du décès, à condition que la demande d'adhésion soit faite dans un délai de 6 mois suivant le décès.

L'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la demande d'adhésion à ces garanties.

Dispositions spécifiques relatives au personnel bénéficiant du maintien collectif des garanties

Droit de renonciation volontaire au maintien collectif des garanties

Vous disposez d'une faculté de renonciation à son adhésion au maintien collectif des garanties dans un délai de 30 jours calendaires à compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion a pris effet. La renonciation s'effectue par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à l'Institution.

La renonciation entraîne la restitution dans un délai de 30 jours de l'intégralité des cotisations versées sous déduction des prestations versées par l'Institution.

Date d'effet et durée du maintien de la garantie pour le personnel en suspension du contrat de travail

Les garanties prennent effet à compter de la date de suspension du contrat de travail. Elles sont maintenues pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail.

Le maintien des garanties s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Le maintien des garanties cesse en tout état de cause :

- en même temps que cesse le congé ou la suspension du contrat de travail ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle ;
- à la date de liquidation de la retraite ;
- en cas de non-paiement de la cotisation ;

- en cas de résiliation du présent contrat ou de l'adhésion ;
- en cas de décès.

Résiliation volontaire de l'adhésion du personnel en prolongation de garanties

Le personnel en prolongation de garanties peut résilier son adhésion au maintien collectif des garanties au 31 décembre en prévenant l'Institution, par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de préavis de deux mois. La résiliation de l'adhésion entraîne la cessation de la garantie et du paiement des prestations pour les frais de santé engagés postérieurement à la date d'effet de la résiliation.

Information - Réclamation

Pour toute information ou toute réclamation relative à l'exécution du présent contrat, vous devez adresser votre demande à l'organisme en charge de la gestion de votre contrat :

GFP
2 rue Joseph Fourier
Le jardin d'entreprise
Téléphone n° 0825 800 824

Modalités de choix d'option

Vous avez la possibilité de souscrire à une des 3 options facultatives choisies par votre employeur en complément de l'un des 4 régimes obligatoires.

Ces régimes obligatoires et options facultatives (voir annexe 1) se décomposent de la façon suivante :

- 1/ Base conventionnelle en obligatoire
- 2/ Base conventionnelle en obligatoire + les 3 options facultatives au choix (Option ou Celsius ou Kelvin*) ;
- 2/ Option en obligatoire + les options facultatives au choix (Celsius ou Kelvin*) ;
- 3/ Celsius en obligatoire + l'option facultative (Kelvin*) ;
- 4/ Kelvin* en obligatoire (plus d'option facultative possible).

Le choix s'effectue soit à la date d'effet du contrat si vous êtes présent dans l'effectif de l'entreprise à cette date, soit à la date de votre embauche.

*** Le niveau des prestations de l'option « Kelvin » n'est pas en conformité avec les exigences posées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats dits « responsables ».**

ANNEXE 1

TABLEAUX DES REGIMES OBLIGATOIRES ET OPTIONS FACULTATIVES SOUSCRITES PAR VOTRE EMPLOYEUR

4 CHOIX POSSIBLES EN OBLIGATOIRE - 3 CHOIX POSSIBLES EN FACULTATIVE

CHOIX N°1 : « BASE CONVENTIONNELLE » EN OBLIGATOIRE UNIQUEMENT

Détail des garanties

Le remboursement des prestations est limité aux frais réels engagés.

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS
	Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
SOINS COURANTS	
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	100 % de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	125 % de la BR
<i>Consultations et visites de neuropsychiatres</i>	100 % de la BR (y compris Psychiatres et Neurologues)
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	100 % de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	100 % de la BR
<i>Consultations de neuropsychiatres</i>	100 % de la BR (y compris Psychiatres et Neurologues)
Consultations et visites de généralistes et spécialistes non conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	100 % de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	100 % de la BR
<i>Consultations et visites de neuropsychiatres</i>	100 % de la BR (y compris Psychiatres et Neurologues)
Actes techniques (ATM, ADC, ACO, ADA) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la BR
Actes techniques (ATM, ADC, ACO, ADA) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la BR
Autres actes courants	
Actes d'imagerie (ADI, ADE) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la BR
Actes d'imagerie (ADI, ADE) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la BR
Analyses médicales	100% de la BR
Auxiliaires médicaux	100% de la BR
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques prescrits remboursés par la SS	100 % de la BR

NATURE DES ACTES		REMBOURSEMENTS	
		Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale	
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE			
Honoraires chirurgicaux - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		100 % de la BR	
Honoraires chirurgicaux - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		100 % de la BR	
Frais de séjour		100 % de la BR	
Autres prestations			
Forfait de 18 euros pour les actes d'un montant supérieur ou égal à 120 €		Prise en charge intégrale	
Chambre particulière par jour		30 €	
Frais d'accompagnant par jour		25 € (pour l'hospitalisation d'un enfant à charge de moins de 12 ans)	
Forfait journalier hospitalier		Prise en charge intégrale	
DENTAIRE			
Soins dentaires		100% de la BR	
Prothèses dentaires			
Prothèses dentaires remboursées par la SS		Couronnes et bridges : 140 % de la BR / Inlay-core, inlay à clavette et prothèses amovibles : 125 % de la BR	
Prothèses dentaires non remboursées par la SS		100 € par prothèse (limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire)	
Orthodontie			
Orthodontie remboursée par la SS		125 % de la BR	
OPTIQUE			
Limité à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans pour les adultes - sauf évolution de la vue justifiée (périodicité d'un an) - et tous les ans pour les mineurs		Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date d'achat de l'équipement	
Monture			
Monture (adulte) - si non compris dans l'équipement ci-dessous		70 €	
Verres unifocaux ou multifocaux			
Verres unifocaux (adulte)		De 0 à 4 dioptries : 55 € par verre De 4,25 à 6 dioptries : 55 € par verre De 6,25 à 8 dioptries : 65 € par verre Au-delà de 8 dioptries : 75 € par verre	
Verres unifocaux (enfant)		200 € (pour 2 verres + une monture limitée à 150 €)	
Verres multifocaux (adulte)		De 0 à 4 dioptries : 75 € par verre De 4,25 à 6 dioptries : 85 € par verre De 6,25 à 8 dioptries : 95 € par verre Au-delà de 8 dioptries : 105 € par verre	
Verres multifocaux (enfant)		200 € (pour 2 verres + une monture limitée à 150 €)	
Lentilles correctrices		100 € par an et par bénéficiaire (lentilles remboursées ou non remboursées par la SS, y compris jetables) (1)	
DIVERS			
Appareillages remboursés par la SS			
Prothèses auditives		100 % de la BR	
Autres appareillages		100 % de la BR	
Orthopédie		100 % de la BR	

NATURE DES ACTES		REMBOURSEMENTS	
		Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale	
DIVERS (suite)			
Maternité / Adoption			
Chambre particulière par jour		30 €	
Transport			
Transport (remboursé par la SS)		100 % de la BR	
ASSISTANCE			
Assistance		Oui - IMA référence KLP OKS OKD	
RÉSEAU DE SOINS		ITELIS	

(1) Au-delà du forfait, prise en charge du TM pour les lentilles remboursées par la SS.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale / **FR** : Frais réels / **TM** : Ticket modérateur / **TC** : Tarif de convention / **ACO** : Acte obstétrique / **ADA** : Acte d'anesthésie / **ADC** : Acte de chirurgie / **ADE** : Acte d'échographie / **ADI** : Acte d'imagerie / **ATM** : Actes techniques médicaux / **Verres simples** : Verres dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries / **Verres complexes** : Verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs / **Verres très complexes** : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

* * * * *

CHOIX N°2 : « OPTION » EN OBLIGATOIRE OU EN FACULTATIVE*

*Le remboursement des prestations intervient sous déduction de la garantie « BASE CONVENTIONNELLE » si « OPTION » est souscrite à titre facultative.

Détail des garanties

Le remboursement des prestations est limité aux frais réels engagés.

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS
	Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale*
SOINS COURANTS	
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	100 % de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	200 % de la BR
<i>Consultations et visites de neuropsychiatres</i>	100 % de la BR (y compris Psychiatres et Neurologues)
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	100 % de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	175 % de la BR
<i>Consultations de neuropsychiatres</i>	100 % de la BR (y compris Psychiatres et Neurologues)
Consultations et visites de généralistes et spécialistes non conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	100 % de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	175 % de la BR
<i>Consultations et visites de neuropsychiatres</i>	100 % de la BR (y compris Psychiatres et Neurologues)
Actes techniques (ATM, ADC, ACO, ADA) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la BR
Actes techniques (ATM, ADC, ACO, ADA) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % de la BR
Autres actes courants	
Actes d'imagerie (ADI, ADE) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150 % de la BR
Actes d'imagerie (ADI, ADE) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	125 % de la BR
Analyses médicales	150% de la BR
Auxiliaires médicaux	100% de la BR
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques prescrits remboursés par la SS	100 % de la BR

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale*
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	
Honoraires chirurgicaux - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la BR
Honoraires chirurgicaux - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	175 % de la BR
Frais de séjour	200 % de la BR
Autres prestations	
Forfait de 18 euros pour les actes d'un montant supérieur ou égal à 120 €	Prise en charge intégrale
Chambre particulière par jour	60 €
Frais d'accompagnant par jour	25 € (pour l'hospitalisation d'un enfant à charge de moins de 12 ans)
Forfait journalier hospitalier	Prise en charge intégrale
DENTAIRE	
Soins dentaires	100% de la BR
Prothèses dentaires	
Prothèses dentaires remboursées par la SS	Couronnes et bridges : 350 % de la BR / Inlay-core et inlay à clavette : 125 % de la BR / Prothèses amovibles : 200 % de la BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	300 € par prothèse (limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire)
Orthodontie	
Orthodontie remboursée par la SS	200 % de la BR
Autres postes dentaires non remboursés par la SS	
Implantologie - Forfait / an / bénéficiaire	350 €
<i>Pose de l'implant</i>	Inclus
<i>Faux moignon implantaire</i>	Inclus
SOINS COURANTS	
OPTIQUE Limité à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans pour les adultes - sauf évolution de la vue justifiée (périodicité d'un an) - et tous les ans pour les mineurs	
Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date d'achat de l'équipement	
Monture	
Monture (adulte) - si non compris dans l'équipement ci-dessous	100 €
Verres unifocaux ou multifocaux	
Verres unifocaux (adulte)	De 0 à 4 dioptries : 65 € par verre De 4,25 à 6 dioptries : 85 € par verre De 6,25 à 8 dioptries : 105 € par verre Au-delà de 8 dioptries : 125 € par verre
Verres unifocaux (enfant)	250 € (pour 2 verres + une monture limitée à 150 €)
Verres multifocaux (adulte)	De 0 à 4 dioptries : 125 € par verre De 4,25 à 6 dioptries : 145 € par verre De 6,25 à 8 dioptries : 165 € par verre Au-delà de 8 dioptries : 185 € par verre
Verres multifocaux (enfant)	250 € (pour 2 verres + une monture limitée à 150 €)
Lentilles correctrices	200 € par an et par bénéficiaire (lentilles remboursées ou non remboursées par la SS, y compris jetables) (1)

NATURE DES ACTES		REMBOURSEMENTS	
		Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale*	
DIVERS			
Appareillages remboursés par la SS			
Prothèses auditives		150 % de la BR	
Autres appareillages		150 % de la BR	
Orthopédie		150 % de la BR	
Maternité / Adoption			
Chambre particulière par jour		60 €	
Transport			
Transport (remboursé par la SS)		100 % de la BR	
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE			
Forfait global médecine douce			
Ostéopathie		25 € par séance limité à 4 séances par an et par bénéficiaire	
ASSISTANCE			
Assistance		Oui - IMA référence KLP OKS OKD	
RÉSEAU DE SOINS		ITELIS	

(1) Au-delà du forfait, prise en charge du TM pour les lentilles remboursées par la SS.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale / **FR** : Frais réels / **TM** : Ticket modérateur / **TC** : Tarif de convention / **ACO** : Acte obstétrique / **ADA** : Acte d'anesthésie / **ADC** : Acte de chirurgie / **ADE** : Acte d'échographie / **ADI** : Acte d'imagerie / **ATM** : Actes techniques médicaux / **Verres simples** : Verres dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries / **Verres complexes** : Verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs / **Verres très complexes** : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

* * * * *

SOIT CHOIX N°3 : « CELSIUS » EN OBLIGATOIRE OU EN FACULTATIVE*

*Le remboursement des prestations intervient sous déduction de la garantie souscrite à titre obligatoire soit « BASE CONVENTIONNELLE », soit « OPTION » si la garantie « CELSIUS » est souscrite à titre facultative.

Détail des garanties

Le remboursement des prestations est limité aux frais réels engagés.

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS
	Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale*
SOINS COURANTS	
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	400 % de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	425 % de la BR
<i>Consultations et visites de neuropsychiatres</i>	400 % de la BR (y compris Psychiatres et Neurologues)
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	200 % de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	200 % de la BR
<i>Consultations et visites de neuropsychiatres</i>	200 % de la BR (y compris Psychiatres et Neurologues)
Consultations et visites de généralistes et spécialistes non conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	200 % de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	200 % de la BR
<i>Consultations et visites de neuropsychiatres</i>	200 % de la BR (y compris Psychiatres et Neurologues)
Actes techniques (ATM, ADC, ACO, ADA) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	400 % de la BR
Actes techniques (ATM, ADC, ACO, ADA) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la BR
Autres actes courants	
Actes d'imagerie (ADI, ADE) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	250 % de la BR
Actes d'imagerie (ADI, ADE) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la BR
Analyses médicales	250 % de la BR
Auxiliaires médicaux	400 % de la BR
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques prescrits remboursés par la SS	100 % de la BR
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	
Honoraires chirurgicaux - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	400 % de la BR
Honoraires chirurgicaux - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la BR

NATURE DES ACTES		REMBOURSEMENTS	
		Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale*	
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (suite)			
Frais de séjour			
Frais de séjour conventionnés		100 % des FR	
Frais de séjour non conventionnés		90 % des FR	
Autres prestations			
Forfait de 18 euros pour les actes d'un montant supérieur ou égal à 120 €		Prise en charge intégrale	
Chambre particulière par jour		140,95 €	
Frais d'accompagnant par jour		88,40 € (pour l'hospitalisation d'un enfant à charge de moins de 12 ans)	
Forfait journalier hospitalier		Prise en charge intégrale	
DENTAIRE			
Soins dentaires		400 % de la BR	
Prothèses dentaires			
Prothèses dentaires remboursées par la SS		400 % de la BR (couronnes, bridges, prothèses amovibles, inlay core et inlay à clavette)	
Prothèses dentaires non remboursées par la SS		1000 € par an et par bénéficiaire (y compris implantologie) / Bonus fidélité : + 100 € par an et par bénéficiaire à compter de la 2ème année dans la limite de 9 années maximum	
Orthodontie			
Orthodontie remboursée par la SS		400 % de la BR	
Orthodontie non remboursée par la SS		600 € par an et par bénéficiaire	
Autres postes dentaires non remboursés par la SS			
Implantologie		Intégrée au forfait relatif aux prothèses dentaires non remboursées par la SS	
OPTIQUE			
Limité à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans pour les adultes - sauf évolution de la vue justifiée (périodicité d'un an) - et tous les ans pour les mineurs		Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date d'achat de l'équipement	
Monture			
Monture (adulte) - si non compris dans l'équipement ci-dessous		150 €	
Verres unifocaux ou multifocaux			
Verres unifocaux (adulte)		De 0 à 4 dioptries : 160 € par verre De 4,25 à 6 dioptries : 160 € par verre De 6,25 à 8 dioptries : 160 € par verre Au-delà de 8 dioptries : 160 € par verre	
Verres unifocaux (enfant)		470 € (pour 2 verres + une monture limitée à 150 €)	
Verres multifocaux (adulte)		De 0 à 4 dioptries : 230 € par verre De 4,25 à 6 dioptries : 230 € par verre De 6,25 à 8 dioptries : 300 € par verre Au-delà de 8 dioptries : 300 € par verre	
Verres multifocaux (enfant)		470 € (pour 2 verres + une monture limitée à 150 €)	
Lentilles correctrices		300 € par an et par bénéficiaire (lentilles remboursées ou non remboursées par la SS, y compris jetables) (1)	
Chirurgie de la vision		10 % du PMSS par oeil, par an et par bénéficiaire (kératotomie au laser de la myopie)	

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS
	Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale*
DIVERS	
Appareillages remboursés par la SS	
Prothèses auditives	400 % de la BR
Autres appareillages	400 % de la BR
Orthopédie	400 % de la BR
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire	
Cures Thermales - Forfait (Honoraires / Transport / Hébergement)	15 % du PMSS
Maternité / Adoption	
Chambre particulière par jour	140,95 €
Forfait par enfant	10 % du PMSS
Transport	
Transport (remboursé par la SS)	400 % de la BR
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE	
Forfait global médecine douce	125 € par an et par bénéficiaire
Acupuncture	Inclus
Ostéopathie	Inclus
Chiropraxie	Inclus
Ostéodensitométrie	Inclus
Forfait global vaccins (prescrits et non remboursés par la SS)	75 € par an et par bénéficiaire (grippe, hépatite et fièvre jaune)
Sevrage tabagique (prescrit)	75 € par an et par bénéficiaire
Pilules et patchs contraceptifs (prescrits et non remboursés par la SS)	75 € par an et par bénéficiaire (y compris stérilet)
Consultation d'un nutritionniste pour bilan	75 € par an et par bénéficiaire
Traitement de blanchiment des dents	100 € par an et par bénéficiaire
ASSISTANCE	
Assistance	Oui - IMA référence KLP OKS OKD
RÉSEAU DE SOINS	ITELIS

(1) Au-delà du forfait, prise en charge du TM pour les lentilles remboursées par la SS.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale / **FR** : Frais réels / **TM** : Ticket modérateur / **TC** : Tarif de convention / **ACO** : Acte obstétrique / **ADA** : Acte d'anesthésie / **ADC** : Acte de chirurgie / **ADE** : Acte d'échographie / **ADI** : Acte d'imagerie / **ATM** : Actes techniques médicaux / **Verres simples** : Verres dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries / **Verres complexes** : Verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs / **Verres très complexes** : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

* * * * *

SOIT CHOIX N°4 : « KELVIN » EN OBLIGATOIRE OU EN FACULTATIVE*

*Le remboursement des prestations intervient sous déduction de la garantie souscrite à titre obligatoire soit « BASE CONVENTIONNELLE », soit « OPTION », soit « CELSIUS » si la garantie « KELVIN » est souscrite à titre facultative.

Détail des garanties

Le remboursement des prestations est limité aux frais réels engagés.

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS
	Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale*
SOINS COURANTS	
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	500 % de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	525 % de la BR
<i>Consultations et visites de neuropsychiatres</i>	500 % de la BR (y compris Psychiatres et Neurologues)
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	500 % de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	200 % de la BR
<i>Consultations et visites de neuropsychiatres</i>	500 % de la BR (y compris Psychiatres et Neurologues)
Consultations et visites de généralistes et spécialistes non conventionnés	
<i>Consultations et visites de généralistes</i>	500 % de la BR
<i>Consultations et visites de spécialistes</i>	200 % de la BR
<i>Consultations et visites de neuropsychiatres</i>	500 % de la BR (y compris Psychiatres et Neurologues)
Actes techniques (ATM, ADC, ACO, ADA) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	500 % de la BR
Actes techniques (ATM, ADC, ACO, ADA) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	500 % de la BR
Autres actes courants	
Actes d'imagerie (ADI, ADE) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	500 % de la BR
Actes d'imagerie (ADI, ADE) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	500 % de la BR
Analyses médicales	500 % de la BR
Auxiliaires médicaux	500 % de la BR
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques prescrits remboursés par la SS	100 % de la BR

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale*
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	
Honoraires chirurgicaux - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	500 % de la BR
Honoraires chirurgicaux - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	500 % de la BR
Frais de séjour	
Frais de séjour conventionnés	100 % des FR
Frais de séjour non conventionnés	90 % des FR
Autres prestations	
Forfait de 18 euros pour les actes d'un montant supérieur ou égal à 120 €	Prise en charge intégrale
Chambre particulière par jour	100 % des FR
Frais d'accompagnant par jour	100 % des FR (pour l'hospitalisation d'un enfant à charge de moins de 12 ans)
Forfait journalier hospitalier	Prise en charge intégrale
DENTAIRE	
Soins dentaires	
600 % de la BR	
Prothèses dentaires	
Prothèses dentaires remboursées par la SS	600 % de la BR (couronnes, bridges, prothèses amovibles, inlay core et inlay à clavette)
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	2500 € par an et par bénéficiaire (y compris implantologie)
Orthodontie	
Orthodontie remboursée par la SS	600 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS	1000 € par an et par bénéficiaire
Autres postes dentaires non remboursés par la SS	
Implantologie	Intégrée au forfait relatif aux prothèses dentaires non remboursées par la SS
OPTIQUE	
Limité à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans pour les adultes - sauf évolution de la vue justifiée (périodicité d'un an) - et tous les ans pour les mineurs	
Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date d'achat de l'équipement	
Monture	
Monture (adulte) - si non compris dans l'équipement ci-dessous	255 €
Verres unifocaux ou multifocaux	
Verres unifocaux (adulte)	De 0 à 4 dioptries : 372,50 € par verre De 4,25 à 6 dioptries : 372,50 € par verre De 6,25 à 8 dioptries : 372,50 € par verre Au-delà de 8 dioptries : 372,50 € par verre
Verres unifocaux (enfant)	1000 € (pour 2 verres + une monture limitée à 150 €)
Verres multifocaux (adulte)	De 0 à 4 dioptries : 372,50 € par verre De 4,25 à 6 dioptries : 372,50 € par verre De 6,25 à 8 dioptries : 372,50 € par verre Au-delà de 8 dioptries : 372,50 € par verre
Verres multifocaux (enfant)	1000 € (pour 2 verres + une monture limitée à 150 €)

NATURE DES ACTES		REMBOURSEMENTS	
		Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale*	
OPTIQUE (suite) Limité à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans pour les adultes - sauf évolution de la vue justifiée (périodicité d'un an) - et tous les ans pour les mineurs		Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date d'achat de l'équipement	
Lentilles correctrices		300 € par an et par bénéficiaire (lentilles remboursées ou non remboursées par la SS, y compris jetables)	(1)
Chirurgie de la vision		20 % du PMSS par oeil, par an et par bénéficiaire (kératotomie au laser de la myopie)	
DIVERS			
Appareillages remboursés par la SS			
Prothèses auditives		600 % de la BR	
Autres appareillages		600 % de la BR	
Orthopédie		600 % de la BR	
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire			
Cures Thermales - Forfait (Honoraires / Transport / Hébergement)		25 % du PMSS	
Maternité / Adoption			
Chambre particulière par jour		100 % des FR	
Forfait par enfant		15 % du PMSS	
Transport			
Transport (remboursé par la SS)		100 % des FR	
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE			
Forfait global médecine douce		250 € par an et par bénéficiaire	
Acupuncture		Inclus	
Ostéopathie		Inclus	
Chiropractie		Inclus	
Ostéodensitométrie		Inclus	
Forfait global vaccins (prescrits et non remboursés par la SS)		150 € par an et par bénéficiaire (grippe, hépatite et fièvre jaune)	
Sevrage tabagique (prescrit)		150 € par an et par bénéficiaire	
Pilules et patchs contraceptifs (prescrits et non remboursés par la SS)		100 € par an et par bénéficiaire (y compris stérilet)	
Consultation d'un nutritionniste pour bilan		150 € par an et par bénéficiaire	
Traitement de blanchiment des dents		200 € par an et par bénéficiaire	
ASSISTANCE			
Assistance		Oui - IMA référence KLP OKS OKD	
RÉSEAU DE SOINS		ITELIS	

(1) Au-delà du forfait, prise en charge du TM pour les lentilles remboursées par la SS.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale / **FR** : Frais réels / **TM** : Ticket modérateur / **TC** : Tarif de convention / **ACO** : Acte obstétrique / **ADA** : Acte d'anesthésie / **ADC** : Acte de chirurgie / **ADE** : Acte d'échographie / **ADI** : Acte d'imagerie / **ATM** : Actes techniques médicaux / **Verres simples** : Verres dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries / **Verres complexes** : Verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs / **Verres très complexes** : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

* * * * *

