



Offre Santé des Professions Médicales

Notice d'information

Version en vigueur au 1^{er} octobre 2015

L'objectif de cette notice est de vous informer des garanties « santé » dont vous bénéficiez auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de Prévoyance membre de KLESIA, régie par le Code de la Sécurité sociale.

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.

Gras Savoye est gestionnaire de ces garanties.

Cette notice reprend les dispositions des garanties adoptées par votre employeur, des garanties supplémentaires que vous aurez éventuellement choisies et les formalités à accomplir.

Vous êtes couvert(e) pour les garanties choisies par votre employeur et éventuellement pour les garanties supplémentaires que vous aurez choisies. L'ensemble des garanties sont mentionnées dans les tableaux de garanties figurant en annexes.

Vous pouvez vous adresser à votre employeur si vous souhaitez de plus amples précisions sur votre garantie.

SOMMAIRE

DÉFINITIONS PRÉALABLES	5
GÉNÉRALITÉS.....	6
ÉTENDUE DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	8
INFORMATIONS RELATIVES AU REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS	10
CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES	12
SUSPENSION, CESSATION ET MAINTIEN DES GARANTIES.....	13

Définitions préalables

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

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

CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS (CAS)

Contrat souscrit sur la base du volontariat par certains professionnels de santé exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit à dépassement permanent par lequel ils s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de dépassement d'honoraires.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

ENTREPRISE OU ADHÉRENTE

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

FORFAIT HOSPITALIER

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Ce forfait n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

FRAIS RÉELS

Dépense réellement payée par les bénéficiaires de la garantie pour un acte médical donné.

FRANCHISE MÉDICALE

Somme déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

GARANTIE

Engagement de l'Institution, en contrepartie d'une cotisation convenue d'avance, à verser une prestation à l'occasion d'événements faisant jouer les clauses du contrat, intervenant au cours d'une période déterminée.

MALADIE

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

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

Parcours, faisant notamment intervenir le médecin traitant, que doit suivre l'assuré pour ne pas supporter certaines pénalités de remboursement de la Sécurité sociale.

PARTICIPANT

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

PRESTATION

Exécution de la garantie par l'Institution.

TARIF FORFAITAIRE DE RESPONSABILITÉ (TFR)

Montant qui sert de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque, en fonction du prix du médicament générique correspondant.

TICKET MODÉRATEUR (TM)

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Généralités

VOTRE AFFILIATION

Vous bénéficiez d'un contrat collectif souscrit par votre employeur auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale dont le siège social est situé 4 rue Marie-Georges Picquart 75017 Paris.

Votre contrat est composé :

- d'une garantie de base obligatoire (contrat Offre Santé des Professions Médicales – Socle, référencé SPMO), qui met en œuvre le niveau des garanties d'assurance complémentaire santé définies par le décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L.911-7 du code de la Sécurité sociale ;
- d'une garantie surcomplémentaire à adhésion facultative (contrat Offre Santé des Professions Médicales – Surcomplémentaire, référencé SPMF) éventuellement choisie par votre entreprise auquel vous pouvez adhérer pour améliorer votre couverture.

Le contrat Offre Santé des Professions Médicales – Socle est collectif et obligatoire pour l'ensemble des salariés appartenant à l'effectif de la catégorie affiliée.

Vous devez être affilié à la garantie obligatoire dès la souscription du contrat par votre entreprise pour la catégorie de personnel dont vous faites partie ou postérieurement dès votre appartenance à cette catégorie.

L'option surcomplémentaire facultative choisie par l'entreprise s'applique en complément du contrat de base obligatoire.

L'option surcomplémentaire facultative est automatiquement résiliée en cas de résiliation totale ou partielle de tout contrat obligatoire.

La garantie est assurée par l'Institution en contrepartie du paiement d'une cotisation dont le taux et l'assiette sont précisés au certificat d'adhésion.

La cotisation annuelle est calculée en fonction des dates d'entrée et de sortie éventuelles, de chaque Participant dans l'Entreprise ou dans la catégorie assurée.

Les garanties et le type de cotisation choisis par votre entreprise figurent sur le certificat d'adhésion.

RESPECT DES CRITÈRES DE RESPONSABILITÉ

Le présent contrat est en conformité avec les exigences posées par les articles L 871-1, R 871-1 et 871-2 du Code de la Sécurité sociale relatifs 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 de janvier 2005 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 remboursement de prestations).

Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables.

ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Condition d'admission

Seuls les salariés assujettis au régime général de la Sécurité sociale française, au régime spécifique des départements de la Moselle (57), du Bas-Rhin (67) et du Haut-Rhin (68), ou au régime de la Mutualité sociale agricole, et dont le contrat de travail est en cours de validité lors de l'adhésion ou postérieurement à celle-ci, peuvent bénéficier des dispositions du présent contrat.

Le(s) socle(s) obligatoire(s)

Al'adhésion del'entreprise

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

En cours de contrat

Les garanties prennent effet, si vous êtes un nouveau salarié ou un salarié promu dans la catégorie assurée, à compter du jour de votre embauche ou de votre entrée dans la catégorie assurée, si la déclaration en est faite à l'Institution dans les quatre-vingt-dix jours.

Il est précisé que l'affiliation des bénéficiaires est subordonnée à votre affiliation.

En cas de modification des garanties de l'entreprise

Toute modification des garanties ne vise que la couverture des soins postérieurs à la date d'effet de cette modification.

L'option facultative

Afin d'améliorer votre couverture et éventuellement celle de vos ayants droits, vous pouvez souscrire à une option pour vous-même ou votre famille.

Entrée en vigueur de la garantie facultative

La garantie de l'option facultative entre en vigueur :

- Soit à la date de prise d'effet mentionnée sur votre bulletin d'adhésion si vous faites partie de la catégorie assurée et que cette affiliation est concomitante à la date de prise d'effet de la garantie du contrat obligatoire Offre Santé des Professions Médicales - Socle ;
- Soit au 1^{er} janvier de chaque année si votre affiliation est postérieure à l'adhésion au contrat obligatoire Offre Santé des Professions Médicales - Socle.

Seuls les salariés bénéficiant du contrat Offre Santé des Professions Médicales - Formule ANI peuvent adhérer à cette option. Seuls les ayants droit du salarié couverts par le contrat Offre Santé des Professions Médicales - Socle peuvent être couverts par cette option.

Durée de l'affiliation à l'option choisie :

Votre affiliation à l'option facultative est valable pour une durée minimale d'un an sans pouvoir être modifiée.

Le passage à un niveau inférieur est possible avant le terme d'un an en cas de :

- Changement de votre situation familiale :
 - Naissance ou adoption d'un enfant à charge ;
 - Mariage ou divorce ;
 - Début ou fin de concubinage ;
 - Début ou fin d'un PACS ;
 - Décès du participant ou de l'un de ses ayants-droit.
- Modification importante de votre contrat de travail (ex : passage d'un emploi à temps plein à un emploi à temps partiel). Dans ce cas, la demande doit être réalisée dans les trois mois suivant la réalisation de l'événement.

Date d'effet du changement :

Le changement d'option est effectif le 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve d'en faire la demande auprès de l'Institution dans un délai de 2 mois avant l'échéance annuelle.

Les ayants droit bénéficient toujours du même niveau de garanties que celui choisi par le participant.

Faculté de renonciation :

L'assuré peut renoncer à son adhésion pendant les 30 jours qui suivent la date du premier versement. Pour ce faire, il doit envoyer à l'Institution une lettre recommandée avec avis de réception selon le modèle proposé ci-dessous.

Nom, Prénom et adresse.....

Messieurs,

J'entends par la présente renoncer à mon affiliation à la garantie surcomplémentaire facultative complétant la garantie obligatoire.

Fait à....., le.....

Signature de l'assuré

Les sommes versées à l'adhésion sont alors intégralement restituées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre, sous déduction des prestations versées.

Résiliation de l'affiliation à l'option facultative

En cas d'adhésion à l'option facultative, la résiliation de l'adhésion au contrat par l'assuré s'opère le 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve de l'envoi à l'Institution d'une lettre recommandée avec accusé de réception moyennant un délai de préavis de deux mois avant l'échéance annuelle.

Étendue des garanties frais de santé

GÉNÉRALITÉS

Tous les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, soins dentaires, etc. entrant dans la nomenclature et ayant donné lieu à remboursement de la Sécurité sociale française entrent en considération pour la détermination des prestations versées par l'Institution dans les conditions et limites prévues contractuellement.

Dans certains cas, les frais non remboursés par la Sécurité sociale française peuvent donner lieu à remboursement dans les conditions prévues dans les tableaux des garanties figurant en annexe. L'Institution calcule alors les prestations qui auraient été versées par la Sécurité sociale française si elle les avait prises en charge, puis détermine le montant des prestations prévues par la présente garantie.

Les frais engagés à l'étranger pendant de courts séjours sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale française, dans les limites de garantie prévues aux conditions particulières.

En aucun cas, l'Institution ne prendra en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale française.

Honoraires des médecins en ville et à l'hôpital

Les garanties sont différentes selon que le médecin que vous consultez adhère ou non au Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Optique

Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale, la prise en charge de vos lunettes est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 2 ans pour les adultes et par période d'un an pour les mineurs.

En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de votre vue, la période de 2 ans est réduite à un an.

L'évolution de la vue doit être justifiée, soit par une prescription médicale précisant le changement de correction, soit par le devis ou la facture de l'opticien précisant la nouvelle correction en cas de renouvellement des lunettes par ce dernier.

Les périodes de 2 ans pour les adultes et d'un an pour les mineurs sont fixes. Elles commencent

à compter de la date d'achat de l'équipement optique et s'achèvent deux ans après (adultes) ou un an après (mineurs).

Lorsque vous effectuez des demandes de remboursement de votre équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après (adultes) ou un an après (mineurs).

Si vous présentez un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvez ou ne souhaitez pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats couvrent une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Plafond dentaire

Si votre contrat prévoit un plafond dentaire par année civile et par bénéficiaire, ce plafond correspond au montant maximum qui sera remboursé chaque année civile pour les dépenses de prothèses dentaires, d'inlay core et d'implants de chaque bénéficiaire. Toutefois, si ce plafond est atteint, vos contrats continueront de couvrir le ticket modérateur au titre de ces garanties.

Parodontologie

Le forfait éventuellement prévu dans votre contrat couvre les dépenses de parodontologie remboursées ou non remboursées par la Sécurité sociale.

Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale

Le forfait éventuellement prévu dans votre contrat couvre uniquement des produits prescrits par un médecin.

Sevrage tabagique

Le forfait éventuellement prévu dans votre contrat ne couvre pas les frais en rapport avec les cigarettes électroniques.

PERSONNES GARANTIES

Vous êtes seul bénéficiaire des garanties pour les frais de santé engagés pour vous-même.

Cependant, vous pouvez étendre le bénéfice des garanties à :

- votre conjoint, marié ou lié à vous-même par un pacte civil de solidarité (PACS) ;

- votre concubin, tel que défini ci-dessous ;
- vos enfants célibataires, ou ceux de votre conjoint ou de votre concubin, sous les conditions précisées ci-dessous.

Est considérée comme votre concubin la personne remplissant les critères cumulatifs suivants :

- elle vit sous le même toit que vous ;
- elle est libre de tout lien conjugal et de tout lien de PACS ;
- vous êtes libre de tout lien conjugal et de tout lien de PACS.

Sous réserve de dispositions spécifiques prévues dans le tableau des garanties en annexe, peuvent être couverts par la garantie frais de santé, vos enfants ou ceux de votre conjoint ou concubin, remplissant l'une des conditions suivantes :

- être considérés par la Sécurité sociale comme à votre charge, ou à celle de votre conjoint ou concubin, en application de l'article L 313-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- être âgés de moins de 24 ans s'ils finissent leur cycle secondaire ;
- être âgés de moins de 28 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études, y compris dans l'Union Européenne, et sont affiliés à un régime obligatoire de protection sociale au titre du régime des étudiants ou des assurés volontaires ;
- être âgés de moins de 26 ans et en contrat d'apprentissage, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime de prévoyance au titre de leur activité salariée ;
- être âgés de moins de 26 ans et titulaires d'un contrat de travail destiné à favoriser l'insertion dans la vie professionnelle (contrat de professionnalisation, CAE – contrat d'accompagnement dans l'emploi –, etc.), ou d'un contrat similaire, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime de prévoyance au titre de cette activité ;
- être handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires avant leur 21^e anniversaire de la carte d'invalidité civile.

Vos ayants droit bénéficient toujours du même niveau de garanties que celui que vous aurez choisi.

Justificatifs à fournir

Dans tous les cas, une copie de votre attestation Vitale et de celle de chaque personne garantie.

Pour la couverture de votre conjoint lié par un PACS, une copie de l'attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance de votre domicile ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS et un justificatif de domicile commun.

Pour la couverture de votre concubin, le décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun (titre de propriété, avis d'imposition, quittance de loyer, assurance du logement, factures de gaz, électricité, téléphone, etc.).

Pour la couverture de vos enfants, selon le cas :

- un certificat de scolarité délivré par l'établissement d'enseignement indiquant les dates de début et de fin d'études ;
- pour les étudiants, une attestation d'affiliation au régime de base de protection sociale concerné ;
- une copie du contrat de travail ou d'apprentissage ;
- une copie de la carte d'invalidité civile ;
- une attestation sur l'honneur précisant que l'enfant ne bénéficie pas d'un régime de prévoyance au titre de son activité salariée.

Tout changement de situation de famille doit être signalé à l'Institution, de même que les changements d'adresse et de centre de Sécurité sociale (envoi d'une nouvelle attestation Vitale), de compte bancaire (envoi d'un nouveau RIB indispensable).

MODIFICATION DES GARANTIES ET DES TAUX DE COTISATION

La garantie et les taux de cotisation définis sur le certificat d'adhésion sont établis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au moment de sa prise d'effet. En cas de modification législative ou réglementaire entraînant une modification des engagements de l'Institution, celle-ci se réserve la possibilité de modifier les garanties et/ou de réviser les cotisations.

L'Institution peut augmenter les taux de cotisation ou modifier les niveaux de garantie, en cas de déséquilibre dû à une sinistralité excessive du contrat.

L'institution informe l'entreprise de sa décision par lettre recommandée avec accusé de réception. Au cas où l'Entreprise refuserait expressément la modification des taux de cotisation ou des niveaux de garanties, dans un délai de trente jours suivant l'envoi de cette information,

L'Institution procédera de plein droit à la résiliation de l'adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation sera alors effective au 31 décembre de l'exercice au cours duquel l'Institution aura notifié sa décision à l'Entreprise. Dans le cas d'une indexation au 1^{er} juillet, la résiliation sera effective au 30 juin de l'exercice considéré.

Les cotisations peuvent être indexées au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet de chaque exercice civil par l'application d'un taux qui dépend :

- de l'évolution des dépenses de santé prévue sur la base des éléments fournis par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie pour l'exercice en cours ;
- de l'équilibre général des contrats comportant des garanties de même nature et de l'équilibre global du portefeuille de KLESIA Prévoyance.

MONTANT DES PRESTATIONS

Les montants de prestations prévus pour chaque acte couvert par la garantie frais de santé sont précisés dans les tableaux des garanties figurant en annexe.

Ces montants sont définis compte tenu des dispositions générales et des bases de remboursement de la Sécurité sociale française telles qu'elles existent au jour de l'édition de la présente notice. Si celles-ci venaient à changer, une modification du contrat, à effet immédiat, pourrait être proposée à votre employeur.

Les prestations réglées ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Pour l'application de cette règle, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Si votre conjoint ou votre concubin est lui-même salarié, les prestations versées par l'Institution sont complémentaires à celles des régimes obligatoires de la Sécurité sociale française, et éventuellement à celles du contrat complémentaire santé dont il peut bénéficier personnellement.

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

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations dues au titre de la présente garantie ne peuvent être versées qu'à vous-même. Après réception complète des pièces justificatives mentionnées ci-après, les prestations sont versées dans les quinze jours ouvrés.

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.

L'Institution peut également délivrer un bon de prise en charge pour les dépenses dentaires.

Informations relatives au remboursement des prestations

COMMENT CONTACTER VOTRE GESTIONNAIRE

Le gestionnaire du contrat est Gras Savoye.

Vous pouvez contacter votre gestionnaire :

Parcourrier à :

Gras Savoye - SANTE

TSA 84 256

77 283 AVON CEDEX

serviceclient@grassavoye.com

Tél : 0972 722 300

LA CONNEXION NOEMIE

Comment mettre en place la connexion NOEMIE ?

La connexion NOEMIE est instaurée automatiquement par **Gras Savoye**. Vous n'avez donc aucune démarche spécifique à effectuer.

Pourquoi mettre en place une connexion NOEMIE ?

- Pour gagner du temps : le délai moyen de règlement sera de 8 jours.
- Pour simplifier les démarches : aucun document à envoyer à **Gras Savoye**.

Comment savoir si la connexion NOEMIE est en place ?

Si le décompte que vous recevez de la Sécurité sociale fait référence à **Gras Savoye**, vous êtes bien connecté.

Attention au chevauchement !! Pensez à supprimer toute connexion avec votre ancienne complémentaire santé sinon la télétransmission sera bloquée.

PIÈCES À FOURNIR

Pour obtenir le règlement de vos prestations, vous devez transmettre à l'Institution les pièces mentionnées ci-après :

- les décomptes originaux de remboursement de la Sécurité sociale ;
- les factures originales acquittées détaillées mentionnant notamment les frais engagés au titre des dépassements d'honoraires ;
- le cas échéant, les décomptes originaux de remboursement de tout autre organisme de prévoyance (mutuelle, etc.) ;
- tout document complémentaire nécessaire à l'Institution pour régler la prestation, notamment ceux prévus ci-dessous pour les seuls actes figurant sur le tableau des garanties en annexe.

Hospitalisation

- la facture acquittée de 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 et la participation de la Sécurité sociale.

Cures thermales

- le décompte original de la Sécurité sociale ;
- la (les) facture(s) détaillée(s) avec les frais d'hébergement, de transport, de soins et d'honoraires des médecins.

Prothèses dentaires

- l'original de la facture détaillée et acquittée des frais engagés précisant la codification des travaux effectués.

Les prothèses dentaires dont le montant des frais à engager excède 3.050 € sont en outre soumises aux formalités suivantes, avant exécution des travaux :

Le Participant doit transmettre à l'Institution le devis du dentiste détaillé soin par soin. Le dentiste-conseil de l'Institution, après étude de ce document, indique au Participant 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.

Orthodontie

- la facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et de fin de semestre ;
- la notification éventuelle de refus de prise en charge de la Sécurité sociale et éventuellement celle relative à un traitement de contention.

Optique

- la facture de l'opticien indiquant les frais réellement engagés pour les verres et la monture (facturés distinctement) ;
- pour les lentilles de contact correctrices, la facture détaillée des frais engagés ainsi que la prescription médicale datant de moins de deux ans.

Chirurgie réfractive

- la facture originale détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés.

Parodontologie et implants

- la facture originale détaillée et acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués.

Acupuncture, ostéopathie, homéopathie, étiopathie et chiropractie

Seules les séances auprès de professionnels diplômés dans la spécialité peuvent être remboursées.

- la facture originale détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés, et faisant apparaître les qualités citées ci-dessus.

Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale et médicalement prescrits

- la prescription médicale ;
- la facture originale détaillée et acquittée.

Participation aux frais de maternité ou d'adoption

- Un extrait d'acte de naissance de l'enfant né viable ou une copie lisible du livret de famille ou une copie lisible du jugement définitif d'adoption plénière.

LE TIERS-PAYANT

Gras Savoye pratique le tiers payant sur tous les postes santé et dans toute la France.

Conditions de mise en œuvre des garanties

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations afférentes aux options ou à la couverture de vos ayants droit sont payables trimestriellement à terme à échoir par prélèvement automatique sur votre compte bancaire. Sur demande expresse, ces cotisations peuvent être payées mensuellement par chèque.

À défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant les échéances prévues, KLESIA Prévoyance vous met en demeure, par lettre recommandée d'en acquitter le montant. A compter du 11^e jour, la garantie est suspendue. Si dans les 40 jours suivants la mise en demeure, les cotisations ne sont pas versées, vous êtes exclu de la garantie.

Cette exclusion ne vous libère pas du paiement des cotisations dues et KLESIA Prévoyance se réserve la faculté de procéder à leur recouvrement par toute voie de droit.

ÉVÉNEMENTS EXCLUS

Cette clause ne s'applique pas aux obligations de prise en charge minimale du ticket modérateur fixées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ceci précisé, sous réserve des dispositions prévues dans le détail des garanties définies dans la présente notice, les frais qui ne sont pas pris en charge par l'Institution sont les suivants :

- les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale ;
- les frais médicaux, chirurgicaux, de séjour et de chambre particulière liés à l'accouchement par voie naturelle ;
- l'allocation maternité aux enfants du Participant, ou de son conjoint, son concubin ou de la personne liée par un PACS, même s'ils sont à leur charge ;
- en cas d'hospitalisation, les frais d'hébergement relatifs aux établissements de long séjour, ou se rapportant à une maternité ;
- les frais de séjours en sanatorium, préventorium ou aérium, effectués dans un établissement non agréé par la Sécurité sociale ;
- en cas de cure thermale, tous les frais annexes à la cure, en particulier les frais de transport et d'hébergement ;
- les lentilles de couleur non correctrices, ainsi que tous les produits d'entretien ;
- les cures et opérations de rajeunissement et de remise en forme ainsi que leurs suites ;
- les interventions de chirurgie esthétique de toute nature ainsi que leurs suites, sauf celles reconnues et prises en charge par la Sécurité sociale au titre de la chirurgie réparatrice.

Les actes non remboursés par la Sécurité sociale française ne sont pas pris en charge, sauf dispositions spécifiques prévues dans le tableau des garanties figurant en annexe.

Les actes prévus par la garantie du contrat **Offre Santé des Professions Médicales**

- Surcomplémentaire mais qui ont fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre du contrat **Offre Santé des Professions Médicales**
- Socle ne sont pas remboursés.

FAUSSE DÉCLARATION – PRESCRIPTION

Fausse déclaration

Les garanties sont annulées en cas de fausse déclaration intentionnelle ou de réticence, conformément aux dispositions des articles L 932-7 et L 932-16 du Code de la Sécurité sociale. Dans ce cas, les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte sans mauvaise foi, la garantie supplémentaire peut être maintenue dans les conditions de l'article L 932-17 du Code de la Sécurité sociale.

Prescription

Les demandes de règlement doivent être adressées à l'Institution au plus tard dans un délai de deux ans suivant la date à laquelle les soins ont été réalisés.

Toutes actions susceptibles d'être intentées par votre employeur, vous-même, vos ayants droit ou l'Institution sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

COMMUNICATION – RÉCLAMATION-MÉDIATION

Droit d'accès et de rectification

Votre entreprise et vous-même êtes protégés par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motif légitime et de suppression de toute information vous concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de l'Institution, de ses mandataires, et de ses réassureurs.

Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante :

Service INFOCNIL
Rue Denise Buisson
93554 Montreuil Cedex

accompagné d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité ou par mail à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr

Réclamation et Médiation

Pour toute réclamation relative au fonctionnement du contrat, votre demande doit être adressée à l'attention de :

Gras Savoye - SANTE
TSA 84 256

77 283 AVON CEDEX

serviceclient@grassavoye.com

Tél : 0972 722 300

Après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, votre entreprise, vous-même ainsi que vos bénéficiaires ou ayants droit, pouvez, afin de trouver une issue amiable au différend vous opposant à l'Institution, vous adresser par courrier au Médiateur du CTIP à l'adresse suivante : 10, rue Cambacérès, 75008 Paris.

Suspension, cessation et maintien des garanties

SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties (socles obligatoires et option facultative le cas échéant) sont suspendues de plein droit lorsqu'aucune rémunération ou aucune indemnité journalière complémentaire financée au moins en partie par l'Entreprise n'est versée, pour les Participants qui sont par exemple dans les cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L 3142-91 et suivants du Code du Travail ;
- congé parental d'éducation visé aux articles L 1225-47 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L 3142-78 et suivants du Code du Travail ;
- ou tout autre motif de suspension du contrat de travail non rémunéré.

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation effective du travail dans l'Entreprise. Elle 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.

Un maintien des garanties Frais de santé pour les Participants dont le contrat de travail est suspendu peut être proposé, à titre onéreux, sur demande expresse de l'Entreprise auprès de l'Institution.

CESSATION DES GARANTIES

La garantie cesse :

- si vous cessez d'appartenir à la catégorie assurée ;
- si votre contrat de travail est rompu, quelle que soit la cause de la rupture, sauf si celle-ci intervient dans un cadre vous permettant de bénéficier du maintien des garanties ;
- en cas de résiliation du contrat ou de l'adhésion ;
- en cas de cessation d'activité ou de disparition de l'Entreprise ;
- en cas d'attribution de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf situation de poursuite ou reprise d'une activité salariée au sein de l'Entreprise ;
- si vous venez à décéder.

Toutefois, conformément aux dispositions de l'article 4 de la Loi Evin, une couverture Frais de santé peut vous être maintenue à titre individuel, ou à vos ayants droit, dans les conditions prévues au paragraphe suivant.

MAINTIEN DES GARANTIES À TITRE INDIVIDUEL

En cas de rupture du contrat de travail

Les anciens salariés ayant quitté l'Entreprise qui bénéficient de prestations en espèces de la Sécurité sociale au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi*, d'un revenu de remplacement, **peuvent, sans délai de carence et sans questionnaire médical, bénéficier à titre individuel du maintien d'une garantie de niveau équivalent à celui du contrat collectif sans condition de durée.**

La demande d'adhésion individuelle doit être formulée au plus tard dans les 6 mois suivant la date de rupture du contrat de travail ou le cas échéant, dans les 6 mois suivant la fin de la période pendant laquelle l'ancien salarié a bénéficié de la portabilité.

Afin de permettre à l'Institution de proposer aux anciens salariés le maintien d'une garantie individuelle, l'Entreprise doit informer l'Institution de la rupture du contrat de travail dès sa survenance.

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 du Participant

Les ayants droit garantis du Participant décédé 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 de douze mois à compter du décès, à condition d'en faire la demande dans les six mois suivant le décès du Participant.

Afin de permettre à l'Institution de proposer aux ayants droit le maintien d'une garantie individuelle, l'entreprise doit informer l'Institution du décès du Participant dès connaissance de celui-ci.

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.

PORTABILITÉ DES DROITS

Maintien de la garantie en cas de rupture du contrat de travail indemnisée par l'assurance chômage

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, les anciens salariés bénéficient du maintien, à titre gratuit, de la garantie Frais de santé appliquée dans leur ancienne entreprise pendant leur période d'indemnisation du chômage, et pour une durée égale à celle de leur dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursement complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

Les anciens salariés doivent justifier auprès de l'Institution de leur prise en charge par l'orga-

* Pour les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement, les présentes dispositions ne s'appliquent éventuellement que dans le prolongement du dispositif relatif à la portabilité mentionnée ci-après.

nisme d'assurance chômage à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties.

Les anciens salariés perdent leur droit au maintien de leurs garanties s'ils retrouvent un emploi, en cas de radiation des listes du Pôle Emploi ou en cas de résiliation du contrat.

L'employeur doit signaler le maintien des garanties santé dans le certificat de travail et doit informer l'Institution de la rupture du contrat de travail.

