

**CONTRAT D'ADHÉSION
DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE
FRAIS DE SANTÉ**

intervenu entre l'adhérent

TECHNOLOGIES ET SERVICES

95, rue de la Boétie

75008 PARIS

NAF : 721Z

SIRET : 444 742 530 00017

et l'Institution de Prévoyance

CAPAVES PREVOYANCE

12, avenue du 8 Mai 1945

95842 SARCELLES CEDEX

CAPAVES PRÉVOYANCE

Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale
et agréée par arrêté du Ministre des Affaires Sociales en date du 13 février 1992

Siège Social et administratif : 12, Avenue du 8 Mai 1945 - 95842 SARCELLES Cede.

Télécopie : 01 39 92 18 33 - Minitel : 3615 GROUPARIES (0,15 € TTC/Mn

www.capavesprevoyance.asso.fr E-mail : aries@groupearies.f

Institution Interprofessionnelle de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale, agréée par arrêté du Ministre des Affaires Sociales en date d
13 Février 1992 sous le numéro 987, Statuts modifiés agréés en date du 20 Décembre 1999

PLAN DU CONTRAT D'ADHÉSION

TITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	3
1.1 - BASES LÉGALES	3
1.2 - DATE D'EFFET DU CONTRAT D'ADHÉSION - RENOUVELLEMENT - RÉSILIATION	4
1.3 - CHAMP D'APPLICATION.....	4
1.4 - BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES.....	5
1.5 - FORMALITÉS D'ADMISSION	5
1.6 - DÉBUT DES GARANTIES A L'ÉGARD DE CHAQUE BÉNÉFICIAIRE	5
1.7 - FIN DES GARANTIES A L'ÉGARD DE CHAQUE BÉNÉFICIAIRE.....	5
1.8 - MAINTIEN DES GARANTIES	6
 - TITRE 2 - OBJET ET ÉTENDUE DES GARANTIES	 7
2.1 - TERMINOLOGIE	7
2.2 - OBJET DES GARANTIES	7
2.3 - ÉTENDUE DES GARANTIES	9
 - TITRE 3 - PRESTATIONS GARANTIES ET COTISATIONS.....	 9
3.1 - ASSIETTE DES COTISATIONS.....	9
3.2 - MONTANT DES PRESTATIONS GARANTIES ET COTISATIONS	9
 - TITRE 4 - GESTION DU CONTRAT D'ADHÉSION	 11
4.1 - CALCUL ET PAIEMENT DES COTISATIONS.....	11
4.2 - PAIEMENT DES PRESTATIONS	11
4.3 - CONTRÔLE MÉDICAL - ARBITRAGE	11
4.4 - DÉCLARATIONS DE L'ADHÉRENT	12
 - TITRE 5 - OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT	 13

CAPAVES PREVOYANCE
 12, avenue du 8 Mai 1945
 95842 SARCELLES CEDEX

- TITRE 1 -
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 - BASES LÉGALES

Le Contrat d'Adhésion est régi par le Code de la Sécurité Sociale.

Adhésion de l'Adhérent aux Statuts de l'Institution de Prévoyance

L'Adhérent, après avoir pris connaissance des statuts de l'Institution de Prévoyance qui sont annexés au Contrat d'Adhésion, déclare en accepter les termes et y adhérer sans réserve.

Incontestabilité

Le Contrat d'Adhésion, basé sur les déclarations de l'Adhérent et des Participants, est incontestable dès qu'il a pris existence, sauf effet des dispositions relatives à la fausse déclaration prévues par l'Article L.932-7 du Code de la Sécurité Sociale.

Défaut de paiement

L'Institution de Prévoyance ne peut se trouver engagée que par le paiement régulier des cotisations aux échéances fixées.

En cas de non-paiement de celles-ci, une mise en demeure sous pli recommandé sera adressée à l'Adhérent, à compter du 30ème jour suivant sa date d'envoi, les garanties seront suspendues si les cotisations n'ont toujours pas été réglées.

Dix jours après la suspension des garanties, l'Institution de Prévoyance pourra prononcer la résiliation du Contrat d'Adhésion, cette résiliation étant assimilée à une démission de l'Adhérent.

La résiliation ne libère pas l'Adhérent du paiement effectif des cotisations, dues antérieurement à la date de résiliation, qui pourront être recouvrées par toute voie de droit.

L'Institution de Prévoyance peut se prévaloir des dispositions des Articles 1.289 et 1.299 du Code Civil relatives à la compensation y compris en cas de dettes connexes dans le cadre de redressement ou liquidation judiciaire de l'entreprise adhérente défaillante, pour toute prestation dont le fait générateur a pris naissance au cours de la période au titre de laquelle les cotisations sont impayées.

Prescription

Toute action dérivant du Contrat d'Adhésion est prescrite par deux ans à compter du jour de l'événement qui lui donne naissance.

Toutefois, ce délai ne convient pas, conformément aux dispositions prévues par l'Article L. 932-13 du Code de la Sécurité Sociale :

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

Réclamations - Médiation

Les informations concernant le Participant sont utilisées conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 Janvier 1978. Elles sont exclusivement communiquées aux services de l'Institution de Prévoyance.

Le Participant peut accéder aux informations le concernant et demander de procéder aux rectifications nécessaires auprès de l'Institution de Prévoyance.

CAPAVES PRÉVOYANCE
12, avenue du 8 Mai 1945
95842 SARCELLES CEDEX

Le Participant peut également formuler toute réclamation au sujet du Contrat d'Adhésion ou de son exécution auprès de celui-ci.

Ces examens ou réclamations sont sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice.

Fiscalité

La déduction sur le plan fiscal des cotisations versées au titre des régimes complémentaires maladie des salariés est régie par l'Article 83 du Code Général des Impôts modifié.

Cet Article prévoit que du montant brut des sommes payées et des avantages en argent ou en nature peuvent être déduites, dans certaines limites, les primes versées aux organismes auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire (cf. paragraphe 1.3 - CHAMP D'APPLICATION).

Tous les régimes complémentaires maladie auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire dans le cadre de son activité professionnelle sont concernés, à condition que l'employeur participe au financement du régime.

Déclaration des autres Institutions de Prévoyance

Si les risques couverts par le Contrat d'Adhésion sont ou viennent à faire l'objet d'une autre assurance, le Participant ou toute autre personne en son nom, doit en faire la déclaration à l'Institution de Prévoyance :

- lors de l'affiliation au Contrat d'Adhésion pour les assurances en cours à cette date,
- préalablement à la souscription de cette autre assurance, si celle-ci résulte du fait du participant, voire de l'Adhérent,
- dans un délai de huit jours à compter du moment où le Participant ou l'Adhérent en a connaissance, dans les autres cas.

Limites de garanties - Pluralité d'Institutions de Prévoyance

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à charge du Bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes de prévoyance ou d'assurance produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du Contrat d'Adhésion peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Subrogation

L'Institution de Prévoyance se réserve tout droit de subrogation contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des sommes versées par elle en application du présent Contrat d'Adhésion.

1.2 - DATE D'EFFET DU CONTRAT D'ADHÉSION - RENOUVELLEMENT - RÉSILIATION

Le Contrat d'Adhésion prend effet le 1^{er} février 2003 pour une première période se terminant le 31 DÉCEMBRE 2003.

Il se renouvelle ensuite annuellement à chaque 1er Janvier, par tacite reconduction sauf dénonciation par l'une des parties - Adhérent ou Institution de Prévoyance. Pour être recevable, la dénonciation doit être notifiée par lettre recommandée avant le 31 OCTOBRE précédant la date de renouvellement.

1.3 - CHAMP D'APPLICATION

L'Adhérent déclare le Contrat d'Adhésion Collectif à adhésion obligatoire au sens de l'Article L. 932-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Il s'applique à tous les **salariés cadres** de l'Adhérent, présents ou futurs inscrits lors de leur admission au Contrat d'Adhésion.

CAPAVES PREVOYANCE

12, avenue du 8 Mai 1945

95842 SARCELLES CEDEX

1.4 - BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Au titre du Contrat d'Adhésion, le terme "Bénéficiaire" recouvre indifféremment, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :

- le Participant lui-même, membre du personnel de l'Adhérent,
- le conjoint ou concubin notoire bénéficiant de la Sécurité Sociale, du fait de l'affiliation du Participant ou d'une affiliation personnelle (Régime Général ou Régime d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes) et qui ne bénéficie pas d'un régime complémentaire frais de soins par son entreprise,
- les enfants à charge célibataires âgés de moins de 18 ans, bénéficiant de la Sécurité Sociale du fait de l'affiliation du Participant ou de celle du conjoint,
- les enfants à charge célibataires, bénéficiant de la Sécurité Sociale en tant qu'apprentis (personne titulaire d'un contrat d'apprentissage pour lequel le salaire versé est inférieur ou égal à 75% du SMIC équivalent temps plein).
- les enfants à charge célibataires âgés de moins de 26 ans, bénéficiant de la Sécurité Sociale en tant que demandeur d'emploi inscrits à l'A.N.P.E. et non indemnisés par le régime d'assurance chômage.
- les enfants à charge célibataires, âgés de moins de 25 ans, s'ils justifient de la poursuite de leurs études et sont affiliés à la Sécurité Sociale au titre du régime étudiant ou des assurés volontaires, la couverture de l'étudiant étant prolongée jusqu'à son 26ème anniversaire lorsqu'il bénéficie toujours, à cette date, du même régime de la Sécurité Sociale,
- les enfants à charge du Participant ou du conjoint, âgés de moins de 26 ans, bénéficiant de la Sécurité Sociale du fait d'une affiliation personnelle en tant que titulaire d'un Contrat de travail « aidé » (tout contrat de travail qualifiant ou non faisant l'objet d'une convention d'aide à l'emploi et pour lequel le salaire versé est inférieur ou égal à 75% du SMIC équivalent temps plein).

Remarques :

- La notion "à charge" mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale.
- Le conjoint ou concubin en activité doit produire une attestation de son employeur précisant qu'il n'existe pas de régime complémentaire frais de soins dans l'entreprise.

Pour la prise en charge du concubin notoire, il doit être produit un certificat de concubinage. Le concubinage doit durer depuis au moins deux ans.

Le calcul de l'âge est effectué par différence de millésimes entre celui de l'exercice d'assurance considéré et celui de l'année de naissance du Bénéficiaire.

1.5 - FORMALITÉS D'ADMISSION

Aucune formalité médicale ou administrative individuelle n'est exigée, les déclarations de l'Adhérent faisant foi.

1.6 - DÉBUT DES GARANTIES A L'ÉGARD DE CHAQUE BÉNÉFICIAIRE

Les garanties débutent, à l'égard de chaque Bénéficiaire, dès l'admission au Contrat d'Adhésion, et ce, quelle que soit l'antériorité de l'affection ayant entraîné les frais engagés postérieurement à la date d'admission.

1.7 - FIN DES GARANTIES A L'ÉGARD DE CHAQUE BÉNÉFICIAIRE

A l'égard de chaque Participant, les garanties cessent :

soit à la date à laquelle il est radié des listes du personnel, sauf application du paragraphe 1.8 - MAINTIEN DES GARANTIES,

soit à la date de résiliation du Contrat d'Adhésion (cf. paragraphe 1.2. DATE D'EFFET DU CONTRAT D'ADHÉSION - RENOUVELLEMENT - RÉSILIATION), sauf en ce qui concerne les frais exposés pour des soins engagés antérieurement à cette date et communiqués à l'Institution de Prévoyance dans les délais fixés au paragraphe 4.2 - PAIEMENT DES PRESTATIONS.

CAPAVES PREVOYANCE
12, avenue du 8 Mai 1945
95842 SARCELLES CEDEX

A l'égard des autres bénéficiaires :

- à la date de cessation des garanties du Participant,
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité de Bénéficiaire (cf. paragraphe 1.4. - BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES).

Suspension du contrat de travail

A l'exclusion des congés pour maladie, accident, maternité et des congés payés, les garanties et les cotisations sont suspendues de plein droit, à l'égard de chaque Bénéficiaire, à compter de la date de suspension du contrat de travail du Participant.

Les garanties sont toutefois maintenues, à l'égard de chaque Bénéficiaire, lorsque le Participant bénéficie d'un congé sans solde (congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé de formation), sous réserve du paiement de la cotisation déterminée au Titre 3 - PRESTATIONS GARANTIES ET COTISATIONS.

1.8 - MAINTIEN DES GARANTIES

Par dérogation aux dispositions du paragraphe 1.7 - FIN DES GARANTIES A L'ÉGARD DE CHAQUE BÉNÉFICIAIRE les garanties sont maintenues moyennant le paiement de la cotisation correspondante :

1) Au titre du Contrat d'Adhésion (pendant que celui-ci est en vigueur) :

- aux Participants radiés des listes du personnel de l'Adhérent, bénéficiant :
 - . soit d'une pension d'assurance vieillesse versée par la Sécurité Sociale (retraités),
 - . soit d'un revenu de remplacement (allocations ASSEDIC) s'ils sont préretraités.

CAPAVES PREVOYANCE
 12, avenue du 8 Mai 1945
 95842 SARCELLES CEDEX

Conditions de maintien

Les intéressés devront formuler leur demande de maintien dans les six mois suivant la date de l'événement considéré, les garanties prenant effet le lendemain de la demande.

Durée de maintien

Les garanties sont acquises aux intéressés pendant toute la vie du Contrat d'Adhésion, et cessent, en tout état de cause, à la date de résiliation du Contrat d'Adhésion (cf. paragraphe 1.2. - DATE D'EFFET DU CONTRAT D'ADHÉSION - RENOUVELLEMENT - RÉSILIATION) ou lorsque ces personnes ne répondent plus aux critères sus-définis.

2) Au titre d'une convention d'assurance d'accueil (pendant que le Contrat d'Adhésion est en vigueur et/ou à sa résiliation):

Pour application des dispositions de la loi 89.1009 du 31 Décembre 1989, l'affiliation à une convention d'assurance d'accueil est proposée ;

- aux personnes visées au 1) ci-avant, lors de la résiliation du présent Contrat d'Adhésion,
- aux membres du personnel radiés des listes du personnel de l'Adhérent, bénéficiant d'une pension d'invalidité ou d'incapacité servie par la Sécurité Sociale (invalides),
- aux membres de la famille du Participant perdant la qualité de Bénéficiaire du fait du décès de ce dernier.

Conditions d'affiliation

L'affiliation s'effectue sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médical. Les intéressés doivent formuler leur demande d'affiliation dans les six mois suivant la date de résiliation de leur garantie.

Conditions de prise en charge

La garantie prend effet au premier jour qui suit la date de l'exclusion du Contrat d'Adhésion ou sa résiliation. L'affiliation se fait aux conditions de garantie et de tarification en vigueur à la date du transfert. (Un résumé de la

Convention d'assurance d'accueil est adressé à chaque intéressé susceptible de bénéficier de la garantie et qui en fait la demande.

Durée de maintien

Les garanties sont acquises aux intéressés :

- pendant 12 mois maximum décomptés à dater du décès, en ce qui concerne les membres de la famille du Participant garantis du fait du décès de ce dernier.

- TITRE 2 - OBJET ET ÉTENDUE DES GARANTIES

2.1 - TERMINOLOGIE

Secteur conventionné

Secteur I : Regroupe l'ensemble des praticiens et établissements hospitaliers s'engageant à respecter les Tarifs de Responsabilité Convention (T.R.C.)

Secteur II : Regroupe l'ensemble des praticiens autorisés par convention à dépasser les Tarifs de Responsabilité Convention.

Le Ticket Modérateur (T.M.) et le dépassement éventuel du Tarif de Responsabilité Convention sont à la charge du Participant.

Secteur non conventionné

Regroupe l'ensemble des praticiens et établissements hospitaliers n'ayant pas adhéré à la Convention passée entre la Sécurité Sociale et la profession. Le remboursement des actes par la Sécurité Sociale est alors effectué sur la base du Tarif d'Autorité (T.A.).

Tarif de Responsabilité Convention (T.R.C.)

Valeur de référence, pour chaque acte, à partir de laquelle la Sécurité Sociale calcule le montant de son remboursement en secteur conventionné.

Ticket Modérateur (T.M.)

Part du Tarif de Responsabilité Convention (T.R.C.) restant à la charge du Participant après le remboursement de la Sécurité Sociale.

Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (P.M.S.S.)

Salaire mensuel de référence fixé par la Sécurité Sociale.

Régime de base

Régime Général ou Régime Alsace-Moselle des salariés non agricoles de la Sécurité Sociale

2.2 - OBJET DES GARANTIES

Les garanties du Contrat d'Adhésion ont pour objet :

- le remboursement, en complément du régime de base, de tous les frais exposés par suite de maladie ou d'accident, ayant donné lieu au versement de PRESTATIONS EN NATURE par la Sécurité Sociale ; le niveau des remboursements est fixé dans la fiche de garantie. Dans tous les cas, les médicaments seront remboursés dans la limite de l'éventuel tarif forfaitaire de responsabilité.
- la prise en charge des frais d'hospitalisation :

Les prestations garanties par la CAPAVES PRÉVOYANCE quelle que soit la nature de l'hospitalisation sont fixées dans la fiche de garanties ; dans tous les cas, la CAPAVES PRÉVOYANCE assure le remboursement du ticket modérateur ou, dans le cas du régime particulier d'Alsace-Moselle, la différence entre le régime commun et le régime particulier sauf si l'acte chirurgical est supérieur ou égal à 50 ou si l'hospitalisation est supérieure à 30 jours, et du

CAPAVES PREVOYANCE
 12, avenue du 8 Mai 1945
 95842 SARCELLES CEDEX

forfait hospitalier dans son intégralité. Des prestations supplémentaires peuvent être octroyées aux bénéficiaires selon la formule de garantie souscrite par l'entreprise, à savoir les dépassements d'honoraires et les frais d'accompagnant engagés par la personne dont la présence auprès de l'enfant hospitalisé a été reconnue nécessaire par un certificat médical (indemnités de lit et de repas) -dont l'âge maximum est fixé par la fiche de garantie-, et la chambre particulière, à l'exclusion des frais à caractère personnel tels que journaux, téléphone, télévision, etc.

- l'attribution d'un forfait en cas de maternité et cure thermique. Le forfait maternité est destiné à couvrir les frais relatifs à l'état de grossesse, à l'accouchement et au séjour en maternité (quelque soit l'établissement) de moins de 13 jours ; aucun autre remboursement de frais ne sera effectué, sauf mention spéciale au(x) tableau(x) de prestations.

Par exception à ces principes, les prothèses dentaires et les lentilles, refusées par la Sécurité Sociale, peuvent donner lieu à un remboursement.

Durée d'hospitalisation

• Hospitalisation chirurgicale

La prise en charge de la CAPAVES PRÉVOYANCE est conditionnée par la prise en charge de la Sécurité Sociale.

• Hospitalisation médicale :

- Rééducation fonctionnelle, maisons d'enfants à caractère sanitaire : la durée de la prise en charge est limitée à cinquante deux semaines,
- Séjours relevant des disciplines suivantes :
 - lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires (sanatorium, préventorium, aérium),
 - psychiatrie,
 - repos et convalescence,
 - moyens et longs séjours (classés comme tels par la Sécurité Sociale),les durées de prise en charge sont égales à 90 jours par an.

Ces durées de prise en charge sont conditionnées par la prise en charge de la Sécurité Sociale. Elles définissent la prise en charge maximale délivrée par la CAPAVES PRÉVOYANCE, par discipline, par exercice civil et par bénéficiaire garanti.

Reconstitution du Tarif de Responsabilité Convention

En cas d'application de son Tarif d'Autorité ou, le cas échéant, du refus de prise en charge par la Sécurité Sociale, les prestations accordées peuvent être calculées sur la base du Tarif de Responsabilité Convention et du remboursement convention de cet organisme, selon les modalités prévues au(x) tableau(x) de prestations.

Valeur du plafond mensuel de la Sécurité Sociale

Pour les prestations ou les plafonds de garantie exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale, l'Institution de Prévoyance retient comme valeur de référence le plafond en vigueur pour la période d'assurance considérée.

Conjoints affiliés au Régime de l'A.M.P.I.

Pour les Bénéficiaires affiliés au Régime de l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes de la Sécurité Sociale (A.M.P.I.), les prestations sont, en tout état de cause, limitées à celles qui auraient été versées si ces derniers avaient été affiliés au Régime Général ou au Régime Alsace-Moselle de la Sécurité Sociale.

Législation de la Sécurité Sociale

Le montant et les modalités des garanties ayant été élaborés en fonction des conditions existantes de la législation de la Sécurité Sociale en vigueur à la date d'effet du Contrat d'Adhésion, l'Institution de Prévoyance se réserve le droit, si une modification importante venait à être apportée à cette législation, de réviser les conditions de garantie et/ou de tarification.

CAPAVES PREVOYANCE
12, avenue du 8 Mai 1945
95842 SARCELLES CEDEX

2.3 - ÉTENDUE DES GARANTIES

Demeurent exclus des garanties, les accidents et maladies occasionnés par :

- la guerre civile ou étrangère, l'utilisation d'engins ou armes de guerre, les émeutes, mouvements populaires, rixes (sauf en cas de légitime défense), les actes de terrorisme ou de sabotage, lorsque le Participant y prend une part active, ces actes étant assimilés à la guerre civile en ce qui concerne la charge de la preuve,
- les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires, d'une tentative de suicide ou de l'utilisation illicite de stupéfiants.

Demeurent également exclus des garanties, les traitements ayant un but esthétique ou de rajeunissement, sauf ceux consécutifs à un accident couvert par le Contrat d'Adhésion et pris en charge par la Sécurité Sociale.

Service National

Les garanties et les cotisations sont suspendues de plein droit à compter de l'incorporation du Bénéficiaire, lorsque celui-ci est appelé sous les drapeaux. De ce fait, les frais exposés pendant la période de suspension ne peuvent être pris en considération par l'Institution de Prévoyance.

De même, les frais exposés postérieurement à la remise en vigueur des garanties, mais relatifs aux accidents survenus ou aux maladies contractées pendant la période de suspension, ne peuvent être pris en charge au titre du Contrat d'Adhésion.

Étendue territoriale

L'assurance s'applique aux frais exposés en France ou à l'étranger.

En tout état de cause, cette prise en charge ne peut intervenir que dans la mesure où la Sécurité Sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et selon la codification qu'elle a appliqué. Concernant les prestations rejetées par la Sécurité Sociale et effectués hors du territoire métropolitain français, l'Institution détermine le montant des remboursements sur la base qui aurait été appliquée si les soins avaient été effectués en France métropolitaine.

- TITRE 3 - **PRESTATIONS GARANTIES ET COTISATIONS**

3.1 - ASSIETTE DES COTISATIONS

Pour tous les participants, les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

3.2 - MONTANT DES PRESTATIONS GARANTIES ET COTISATIONS

a) Prestations :

Cf Tableaux de prestations.
TC 3 OPT

b) Cotisations :

Elles sont fixées pour l'exercice 2003 à :
5,032% du PMSS/Mois/Salarié.

Toutefois, pour tenir compte du prélèvement effectué pour le financement de la Couverture Maladie Universelle, la cotisation à payer est fixée à :
5,12% du PMSS/Mois/Salarié.

Au-delà, les cotisations pourront être révisées chaque année en fonction de l'évolution du risque.

CAPAVES PREVOYANCE

12, avenue du 8 Mai 1945

95842 SARCELLES CEDEX

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Nature des actes	Prestations Sécurité Sociale	Prestation Sécurité Sociale + CAPAVES PREVOYANCE
Actes médicaux et paramédicaux		
Médecins généralistes conventionnés	70% du TC.	100% des frais réels.
Médecins spécialistes conventionnés	70% du TC.	100% des frais réels.
Médecins généralistes non conventionnés	70% du TA.	90% des frais réels.
Médecins spécialistes non conventionnés	70% du TA.	90% des frais réels.
Auxiliaires, soins infirmiers, kinésithérapie, secteur conventionné	60% du TC.	100% des frais réels.
Auxiliaires, soins infirmiers, kinésithérapie, secteur non conventionné	60% du TA.	90% des frais réels.
Pharmacie (Exclusion: pharmacie non remboursable par la Sécurité Sociale)		
Médicaments de confort	35% du TC.	100% du tarif de convention.
Autres médicaments	65% du TC.	100% du tarif de convention.
Soins Dentaires		
Soins conventionnés	70% du TC.	100% des frais réels.
Soins non conventionnés	70% du TA.	90% des frais réels.
Prothèses acceptées	70% du TC.	470% du tarif de convention.
Orthodontie acceptée (jusqu'à 16 ans)	100% du TC.	500% du tarif de convention.
Prothèses rejetées figurant à la nomenclature (par notification de refus)	Néant.	400% du tarif de convention.
Optique		
Montures acceptées	65% du TC.	65% du tarif de convention + 10% du PMSS.
Verres acceptés (la paire)	65% du TC.	65% du tarif de convention + 16% du PMSS + 80% des frais réels au delà.
Lentilles acceptées (la paire)	65% du TC.	65% du tarif de convention + 16% du PMSS + 80% des frais réels au delà.
Lentilles non jetables rejetées (la paire)	Néant.	10% du PMSS.
Lentilles jetables rejetées (par an)	Néant.	Néant.
Appareillage Orthopédique	65% du TC.	100% des frais réels.
Appareillage Acoustique	65% du TC.	100% des frais réels.
Radiologie		
Secteur conventionné	70% du TC.	100% des frais réels.
Secteur non conventionné	70% du TA.	90% des frais réels.
Analyses-Laboratoires		
Secteur conventionné	60% du TC.	100% des frais réels.
Secteur non conventionné	60% du TA.	90% des frais réels.
Hospitalisations prises en charge par la Sécurité Sociale		
Hospitalisations médicales conventionnées	80% du TC.	100% des frais réels.
Hospitalisations médicales non conventionnées	80% du TA.	90% des frais réels.
Hospitalisations chirurgicales conventionnées	100% du TC.	100% des frais réels.
Hospitalisations chirurgicales non conventionnées	100% du TA.	90% des frais réels.
Forfait hospitalier	Néant.	100% du forfait en vigueur.
Chambre particulière hors maternité	Néant.	3,5% du PMSS/jour.
Frais d'accompagnement enfant (lit+repas) jusqu'à 12 ans	Néant.	3,5% du PMSS/nuir
Cures Thermales prises en charge par la Sécurité Sociale	65% du TC.	65% du TC. + 30% du PMSS.
Transports ambulanciers	65% du TC.	100% du tarif de convention.
Maternité (excluant tout autre remboursement concernant la maternité)	100% du TC.	100% du tarif de convention + forfait de 30% du PMSS. Doublement si naissance gémellaire.

Toutes les garanties du tableau sont limitées, pour le secteur non conventionné, à 90% des frais réels.

Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la S.S. et le secteur conventionné.

CAPAVES PREVOYANCE

12, avenue du 8 Mai 1945

95842 SARCELLES CEDEX

OPTION TC3 OPT

- TITRE 4 -
GESTION DU CONTRAT D'ADHÉSION

4.1 - CALCUL ET PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables globalement par l'Adhérent, selon les modalités suivantes :

Modalités de paiement

Les cotisations forfaitaires annuelles sont payables par fractions trimestrielles à terme échu.

Remarque :

Les modifications d'effectif en cours de mois sont prises en compte à leur date d'effet.

4.2 - PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont versées après télétransmission des décomptes par la Sécurité Sociale par le CETELIC dont relève le participant à l'Institution (procédure NOEMIE), ou à défaut sur présentation de l'original du décompte de la Sécurité Sociale (ou de sa notification de refus) et éventuellement du décompte d'un précédent organisme, accompagné, pour les frais d'hospitalisation, d'appareillages divers, d'optique, de prothèses dentaires ou d'orthodontie, d'une facture détaillée de l'établissement du praticien ou du fournisseur précisant la nomenclature de l'acte.

Pour les lentilles refusées la facture de l'opticien doit, porter la mention "jetable" ou "non jetable" et, être accompagnée de la prescription médicale dans le cas de Caisses Primaires d'Assurance Maladie ne délivrant pas de notification de refus.

Cure thermique

Le forfait est réglé, en remboursement des dépenses pour prestations extra-légales (frais de transport et d'hébergement), sous réserve de la fourniture des factures relatives aux frais engagés.

Les pièces nécessaires au paiement des prestations doivent être transmises à l'Institution de Prévoyance (sauf cas fortuit ou de force majeure) dans les plus brefs délais et au plus tard avant la fin de l'année suivant celle au cours de laquelle les frais ont été exposés, sous peine de déchéance.

Toute fausse déclaration effectuée sciemment sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences, d'un sinistre entraîne déchéance de tout droit à la garantie.

4.3 - CONTRÔLE MÉDICAL - ARBITRAGE

Dans tous les cas et à toute époque, les médecins, agents et délégués de l'Institution de Prévoyance ont libre accès auprès de tout Bénéficiaire pour vérifier, le cas échéant, si les dossiers soumis en vue d'un remboursement complémentaire ne sont pas visés par les exclusions mentionnées au Contrat d'Adhésion.

De plus, l'Institution de Prévoyance se réserve le droit de faire visiter par le médecin de son choix, tout Bénéficiaire sinistré. Le médecin traitant de l'intéressé a la faculté d'assister à l'examen du médecin délégué par l'Institution de Prévoyance.

En cas de désaccord entre le médecin du Bénéficiaire et celui de l'Institution de Prévoyance, les parties en choisissent un troisième pour les départager. A défaut d'entente sur cette désignation, le choix du troisième médecin est effectué par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du Bénéficiaire. L'avis de ce troisième médecin est obligatoirement accepté par les deux parties - Bénéficiaire et Institution de Prévoyance - qui supportent par moitié les frais de sa nomination et de ses honoraires.

En cas d'opposition injustifiée, le Bénéficiaire peut être mis en demeure, par lettre recommandée, adressée au moins dix jours à l'avance, d'avoir à se soumettre à ce contrôle sous peine d'être déchu de ses droits pour le sinistre en cause.

CAPAVES PREVOYANCE
12, avenue du 8 Mai 1945
95842 SARCELLES CEDEX

4.4 - DÉCLARATIONS DE L'ADHÉRENT

L'Adhérent s'engage à faire parvenir à l'Institution de Prévoyance :

Lors de la prise d'effet du Contrat d'Adhésion :

- * une liste certifiée conforme de tous les membres du personnel appelés à bénéficier des garanties, liste précisant pour chacun d'eux :
 - les nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité Sociale,
 - la situation de famille, avec mention des nom, prénom et date de naissance des membres de la famille appelés à bénéficier des garanties ainsi que l'indication de leur numéro de Sécurité Sociale si celui-ci est différent de celui du Participant.
- * une liste de même nature pour les personnes admises à bénéficier des dispositions prévues au paragraphe 1.8 - MAINTIEN DES GARANTIES.
- * les bulletins individuels d'affiliation dûment remplis par les salariés.

A la fin de chaque mois :

- * les déclarations relatives aux mouvements du personnel et aux autres modifications à prendre en considération, à savoir :
 - **Pour les incorporations :**
 - * les renseignements prévus lors de la prise d'effet du Contrat d'Adhésion, avec la date exacte d'entrée en fonction de l'intéressé.
 - * les bulletins individuels d'affiliation dûment remplis par les nouveaux salariés.
 - **Pour les radiations et les maintiens de garantie :**
 - . les nom, prénom,
 - . la date exacte de la radiation des listes du personnel de l'Adhérent,
 - . la date exacte de la radiation des listes des Bénéficiaires admis à bénéficier des dispositions prévues au paragraphe 1.8 - MAINTIEN DES GARANTIES.
 - **Pour les changements de situation de famille :**
 - . la nature de l'événement (mariage, naissance, etc....) avec la date de celui-ci.

Avant le 1^{er} Novembre de chaque année :

un certificat de scolarité pour les enfants apprentis ou étudiants.

Après la fin de chaque année :

une liste de même nature que celle fournie lors de la prise d'effet du Contrat d'Adhésion.

une liste de même nature pour les personnes admises à bénéficier des dispositions prévues au paragraphe 1.8 MAINTIEN DES GARANTIES.

L'Institution de Prévoyance ne peut se trouver engagée que par les déclarations et pièces transmises par l'Adhérent.

CAPAVES PREVOYANCE
12, avenue du 8 Mai 1945
95842 SARCELLES CEDEX

- TITRE 5 -
OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

Conformément à la Loi n 94.678 du 8 Août 1994, l'Adhérent est tenu :

- de remettre aux Participants une notice établie par l'Institution de Prévoyance qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre,
- d'informer par écrit les Participants des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations.

La preuve de la remise de la notice aux Participants et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérent.

Remarque :

Un spécimen de la notice établie par l'Institution de Prévoyance à remettre au Participant est annexé au Contrat d'Adhésion.

RESPONSABILITÉ DE L'ADHÉRENT

Conformément à l'Article 8 de la Loi 89.1009 du 31 Décembre 1989, l'Adhérent est pour l'exécution du Contrat d'Adhésion, réputé agir à l'égard du Participant pour le compte de l'organisme qui délivre sa garantie.

A ce titre, il ne peut s'engager auprès des Participants que sur des dispositions sur lesquelles il a reçu l'accord de l'Institution de Prévoyance.

Dans le cas contraire, la responsabilité de l'Adhérent est engagée et ceci pour l'ensemble des sinistres relevant de toute garantie ou option non contractée auprès de l'Institution de Prévoyance.


Fait à SARCELLES, en deux exemplaires, le 28 février 2003.

Pour l'Adhérent (*)

Représenté par : *Jude JEAN*

Agissant en qualité de : *Gérant*

Le 28/05/03



(*) Date, cachet et signature obligatoires.

Pour l'Institution de Prévoyance

Le Directeur,

A. BARRE

CAPAVES PREVOYANCE
12, avenue du 8 Mai 1945
95842 SARCELLES CEDEX