



■ GROUPE APICIL

NOTICE D'INFORMATION DE VOTRE CONTRAT

La notice d'information de votre contrat est un résumé des dispositions contractuelles applicables aux garanties souscrites.

NOTICE D'INFORMATION

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES SALARIÉS DE LA CCN DU SPORT



Contrat Collectif Responsable Santé

Entre

L'entreprise désignée aux Dispositions particulières

ci-après dénommée « entreprise adhérente » ou « vous »

Et en coassurance dans le cadre d'une offre commune

Allianz Vie

Entreprise régie par le Code des assurances

Société anonyme au capital de 643.054.425 €

1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

340 234 962 RCS Nanterre

A2VIP

Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale

Enregistrée sous le numéro SIREN 803 795 038.

Siège social : 20 rue de la Baume - 75008 Paris



SOMMAIRE

TABLEAU DES GARANTIES	2
OBJET DU CONTRAT	6
BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT	7
L’AFFILIATION AU CONTRAT ET SES MODALITÉS	9
I. Affiliation aux garanties souscrites par votre employeur	9
II. Affiliation facultative aux garanties optionnelles	10
III. Droit de renonciation aux garanties facultatives en cas d’adhésion à distance ou par voie de démarchage	10
IV. Cessation de l’affiliation	11
V. Vos obligations	11
MAINTIEN DES GARANTIES	12
I. En cas de cessation de votre contrat de travail, qu’advient-il de votre couverture Frais de santé ?	12
II. Un salarié dont le contrat de travail est suspendu peut-il conserver le bénéfice de la couverture Frais de santé ?	13
COTISATIONS	14
I. Quel est le montant des cotisations ?	14
II. Quelles sont les modalités de paiement des cotisations ?	14
III. Quelles sont les conséquences du non-paiement des cotisations ?	14
GARANTIES	16
I. Comment sont déterminées les garanties ?	16
II. Quelles sont les modalités de calcul des garanties ?	16
III. Le contrat prévoit-il d’autres services ?	16
LES REMBOURSEMENTS	18
I. Quelles sont les formalités de règlement des prestations ?	18
II. Quels sont les délais de paiement des prestations ?	18
III. Qu’en est-il des frais supplémentaires ?	18
IV. Quels sont les modalités de remboursement des soins effectués à l’étranger ?	18
INFORMATIONS PRATIQUES	19
I. Prescription	19
II. Recours contre tiers	20
III. Protection de vos données personnelles	20
IV. Réclamation et médiation	22
V. Autorité de contrôle	22
ANNEXE 1 – MODALITÉS D’APPLICATION DES GARANTIES	23
LEXIQUE	24



TABLEAU DES GARANTIES

Prestations sous déduction de celles versées par la Sécurité sociale dans la limite des frais réels en dehors des forfaits en €.

Hospitalisation (y compris maternité)

	RÉGIME CONVENTIONNEL R1	RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTION R2	RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTION R3
Honoraires			
– Praticiens adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	190 % BR	200 % BR
– Praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	150 % BR	180 % BR
– Participation forfaitaire pour les actes techniques médicaux lourds	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique	100 % du forfait en vigueur	100 % du forfait en vigueur	100 % du forfait en vigueur
Etablissements conventionnés			
– Frais de séjour	130 % BR	150 % BR	180 % BR
– Chambre particulière (limité à 30 jours)	Non couvert	30 €/jour	40 €/jour
– Transport accepté par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Etablissements non conventionnés			
– Frais de séjour	130 % BR	150 % BR	180 % BR
– Chambre particulière limité à 30 jours	Non couvert	30 €/jour	40 €/jour
– Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais divers			
– Lit accompagnant en cas d'hospitalisation d'enfant de moins de 16 ans	Non couvert	30 €/jour	40 €/jour

Soins courants

	RÉGIME CONVENTIONNEL R1	RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTION R2	RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTION R3
Honoraires médicaux			
– Généralistes : consultations, visites			
• Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	130 % BR	130 % BR
• Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	100 % BR	100 % BR
– Spécialistes : consultations, visites			
• Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	175 % BR	200 % BR
• Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	130 % BR	180 % BR
– Actes de spécialités			
• Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	175 % BR	200 % BR
• Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	130 % BR	180 % BR



	RÉGIME CONVENTIONNEL R1	RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTION R2	RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTION R3
– Radiologie			
• Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	150 % BR	175 % BR	200 % BR
• Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	120 % BR	130 % BR	180 % BR
Honoraires paramédicaux			
– Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire			
– Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
– Médicaments (y compris vaccins pris en charge par la Sécurité sociale) remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical			
– Prothèses médicales, appareillage (hors auditif) pris en charge par la Sécurité sociale	130 % BR	160 % BR	220 % BR

Aides auditives

	RÉGIME CONVENTIONNEL R1	RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTION R2	RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTION R3
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans			
Equipements 100% Santé⁽¹⁾			
– Equipement de classe I	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente.		
Equipements hors 100% Santé			
– Equipement de classe II	130 % BR dans la limite des Prix Limite de Vente fixés par la réglementation.	160 % BR dans la limite des Prix Limite de Vente fixés par la réglementation.	220 % BR dans la limite des Prix Limite de Vente fixés par la réglementation.

Optique

	RÉGIME CONVENTIONNEL R1	RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTION R2	RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTION R3
<p>La garantie optique s'applique, à partir de la dernière facturation d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :</p> <ul style="list-style-type: none"> – par période de deux ans, pour les assurés âgés de 16 ans et plus, – par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans, – par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. <p>La période de 2 ans applicable aux assurés de 16 ans et plus est réduite en cas d'évolution de la vue à un an pour la prise en charge d'un équipement complet.</p> <p>La période d'un an n'est pas opposable aux enfants de moins de 16 ans pour les verres en cas d'évolution objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.</p> <p>Dans tous les cas aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.</p> <p>Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, deux équipements correspondant à chacun des deux déficits mentionnés peuvent être garantis.</p>			
Equipements 100% Santé⁽¹⁾			
– Verres de classe A	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) y compris les remboursements effectués par la Sécurité sociale.		
– Monture de classe A	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) maximum 30 € y compris les remboursements effectués par la Sécurité sociale.		

(1) Tels que définis réglementairement dans la limite : des honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et des prix limite de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives. À compter du 1^{er} janvier 2020 en optique et dentaire (sauf prothèses amovibles) et du 1^{er} janvier 2021 en auditif et dentaire (prothèses amovibles). Les remboursements s'entendent déduction faite du remboursement du régime obligatoire.



	RÉGIME CONVENTIONNEL R1	RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTION R2	RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTION R3
Equipements hors 100% Santé			
Réseau partenaire : montures et verres de classe B			
- Pour un équipement : 2 verres simples + monture	150 € dont 100 € au maximum pour la monture	160 € dont 100 € au maximum pour la monture	210 € dont 100 € au maximum pour la monture
- Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre complexe + monture	230 € dont 100 € au maximum pour la monture	240 € dont 100 € au maximum pour la monture	320 € dont 100 € au maximum pour la monture
- Pour un équipement : 2 verres complexes + monture	285 € dont 100 € au maximum pour la monture	330 € dont 100 € au maximum pour la monture	420 € dont 100 € au maximum pour la monture
Hors Réseau : montures et verres de classe B			
- Pour un équipement : 2 verres simples + monture	120 € dont 100 € au maximum pour la monture	120 € dont 100 € au maximum pour la monture	140 € dont 100 € au maximum pour la monture
- Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre complexe + monture	170 € dont 100 € au maximum pour la monture	170 € dont 100 € au maximum pour la monture	180 € dont 100 € au maximum pour la monture
- Pour un équipement : 2 verres complexes + monture	220 € dont 100 € au maximum pour la monture	220 € dont 100 € au maximum pour la monture	250 € dont 100 € au maximum pour la monture
Equipements mixtes classes A et B			
	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture	
- 2 Verres de classe A + monture de classe B	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente	Dans la limite prévue à la garantie « classe B » ci-dessus	
- 2 Verres de classe B + monture de classe A	Dans la limite prévue à la garantie « classe B » ci-dessus	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente	
Autres			
- Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables)	70 € par an avec un remboursement complémentaire de 100 % BR pour les lentilles prises en charge.	150 € par an avec un remboursement complémentaire de 100 % BR pour les lentilles prises en charge.	200 € par an avec un remboursement complémentaire de 100 % BR pour les lentilles prises en charge.

Dentaire

	RÉGIME CONVENTIONNEL R1	RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTION R2	RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTION R3
Soins et prothèses 100% Santé⁽¹⁾			
- Équipement 100% Santé	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)		
Soins			
- Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Inlays – Onlays	160 % BR	200 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires			
- Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	175 % BR	200 % BR	270 % BR
Traitements d'orthodontie			
- Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	160 % BR	200 % BR	270 % BR

(1) Tels que définis réglementairement dans la limite : des honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et des prix limite de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives. À compter du 1^{er} janvier 2020 en optique et dentaire (sauf prothèses amovibles) et du 1^{er} janvier 2021 en auditif et dentaire (prothèses amovibles). Les remboursements s'entendent déduction faite du remboursement du régime obligatoire.



Actes non pris en charge par la Sécurité sociale

	RÉGIME CONVENTIONNEL R1	RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTION R2	RÉGIME CONVENTIONNEL + OPTION R3
- Ostéopathes reconnus professionnellement et habilités à effectuer de tels actes	25 € par séance limité à 1 séance par an et par bénéficiaire	25 € par séance limité à 2 séances par an et par bénéficiaire	25 € par séance limité à 3 séances par an et par bénéficiaire

DÉFINITIONS

- « 100% Santé » :

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% Santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% Santé ».

- Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée :

Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale.

Sont visés l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

- PLV :

Prix Limite de Vente des montures et verres de classe A sont fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'art L165-1 du Code de la Sécurité sociale.

- Honoraires limites de facturation :

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

A compter de 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires dont en particulier celles contenues dans le panier « à prise en charge renforcé ».

- BR (Base de remboursement) :

Base de calcul du remboursement effectué par les organismes d'assurance maladie.

- Verres simples :

verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries,

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

- Verres de correction complexe :

verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,

verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

- Verres de correction très complexe :

verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.



OBJET DU CONTRAT

Le contrat Frais de santé souscrit par votre employeur est un contrat collectif à adhésion obligatoire, présentant également des garanties à adhésion facultative. Les garanties prévues par ce contrat interviennent en complément des prestations Frais de santé qui vous sont versées par un organisme d'assurance maladie.

Il se décline en une :

- Base, correspondant au régime conventionnel obligatoire, (« R1 »)
- Option R2
- Option R3

Votre employeur met en place de manière obligatoire, a minima le régime conventionnel obligatoire « R1 », éventuellement complété par l'option « R2 » ou l'option « R3 ».

Si les options n'ont pas été mises en place à titre obligatoire par votre employeur, vous aurez la possibilité d'y souscrire de manière facultative selon les modalités prévues au chapitre « L'affiliation au contrat et ses modalités ».



BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT

QUI PEUT BÉNÉFICIER DU CONTRAT ?

1. Vous, en tant que salarié

Le contrat bénéficie à l'ensemble des salariés inscrits aux effectifs de l'entreprise souscriptrice.

En qualité de salarié, vous êtes seul couvert à titre obligatoire par votre employeur.

Les salariés ne souhaitant pas être couverts pourront, le cas échéant, se prévaloir de l'une des dispenses prévues par l'accord du 06 novembre 2015 à la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 et précisés ci-dessous :

- **les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;**
- **les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;**
- **les salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation les conduirait à s'acquitter d'une cotisation globale (toutes garanties complémentaires d'entreprise additionnées notamment à la prévoyance) au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;**
- **les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L861-3 du Code de la Sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L863-1 du même code. Alors, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide et sous réserve qu'un justificatif soit fourni ;**
- **les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;**
- **les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective, en la justifiant chaque année, relevant de l'un des dispositifs suivants :**
 - dans le cadre d'un dispositif remplissant les conditions mentionnées à l'article L242-1, alinéa 6 du Code de la Sécurité sociale,
 - dans le cadre du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières,
 - dans le cadre des dispositions du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels,
 - dans le cadre des dispositions du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,
 - dans le cadre des contrats d'assurance prévoyance complémentaire de groupe conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. Il appartient au salarié de justifier annuellement de cette dispense.

Vous ne pouvez bénéficier d'une dispense d'affiliation que si vous en faites la demande expresse auprès de votre employeur en lui produisant, le cas échéant, toute pièce permettant de justifier que votre situation correspond à l'un des cas de dispense d'affiliation ci-dessus définis.

En tout état de cause, vous êtes tenu de cotiser au régime conventionnel dès que vous cessez de vous trouver dans l'une des situations de dispense susvisées.

Vous devez alors en informer sans délai votre employeur.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter leur employeur, par écrit, l'adhésion à la couverture du socle conventionnel obligatoire.

2. Vos ayants droit

Si vous souhaitez couvrir vos ayants droit, vous pouvez le faire à titre facultatif.

Seuls les ayants droit mentionnés sur le Bulletin Individuel d'Affiliation sont bénéficiaires des garanties.

Vos ayants droit bénéficieront obligatoirement du même niveau de couverture que vous.



On entend par ayant droit :

- Le **conjoint** non divorcé ni séparé du salarié. Est assimilé au conjoint :
 - la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
 - le concubin à charge au sens de la Sécurité sociale ⁽¹⁾ ;
 - le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale (régime général, régime des travailleurs non-salariés, etc.) et sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut d'un justificatif de domicile commun.
- Les **enfants** du salarié ou ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou ceux de son concubin, à charge fiscale et/ou sociale :
 - jusqu'à 18 ans sans conditions ;
 - jusqu'à 27 ans sous réserve de poursuite d'études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation) ou inscrits à l'Assurance chômage non indemnisés ;
 - les enfants, quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé).

Les pièces justifiant de la qualité d'ayants droit doivent être obligatoirement fournies lorsque vous demandez leur affiliation.

(1) Seules peuvent entrer dans cette catégorie et ce jusqu'au 31 décembre 2019 au plus tard, les personnes majeures ayant la qualité d'ayant droit au 31 décembre 2015 en application de l'article 59 loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015.



L’AFFILIATION AU CONTRAT ET SES MODALITÉS

I. AFFILIATION AUX GARANTIES SOUSCRITES PAR VOTRE EMPLOYEUR

Les prestations sont dues au titre des actes, soins et séjour en hospitalisation intervenus au cours de la période durant laquelle vous êtes affilié.

1. Votre affiliation à titre obligatoire

a. Quelles sont les formalités d’affiliation ?

Votre affiliation aux garanties souscrites par votre employeur est formalisée par la signature d’un Bulletin Individuel d’Affiliation.

b. Quand votre affiliation prend-elle effet ?

Elle prend effet :

- à la date de prise d’effet de l’adhésion de votre employeur au présent contrat ;
- à compter de votre date d’entrée dans les effectifs de l’entreprise, si vous êtes embauché postérieurement à la date d’effet de l’adhésion de votre employeur au contrat ;
- à compter de la date à laquelle vous ne bénéficiez plus d’une dispense d’affiliation :
 - à la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions ouvrant droit au bénéfice de l’une des dispenses d’affiliation définies ci-dessus ;
 - à la date à laquelle vous souhaitez renoncer à votre dispense d’affiliation, à condition d’en faire la demande par écrit à votre employeur.

2. Affiliation de vos ayants droit à titre facultatif

a. Quelles sont les modalités d’affiliation de vos ayants droit ?

Si vous souhaitez couvrir vos ayants droit à titre facultatif, vous pouvez le faire au moyen d’un Bulletin Individuel d’Affiliation.

Vos ayants droit bénéficieront des mêmes garanties que celles dont vous bénéficiez.

b. Quand l’affiliation de vos ayants droit prend-elle effet ?

L’affiliation de vos ayants droit prend effet :

- à la date de prise d’effet de votre affiliation au contrat si la demande se fait simultanément ;
- au 1^{er} jour du mois qui suit la réception d’un Bulletin Individuel d’Affiliation si la demande se fait ultérieurement ;
- à la date de survenance de l’événement (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d’un enfant, décès du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin auquel sont rattachés les enfants à charge) dûment déclaré à l’organisme assureur.

L’affiliation de vos ayants droit à titre facultatif vous engage pour une durée minimale d’une année civile, sous réserve des cas de cessation anticipée prévus ci-dessous.

c. Quand l’affiliation de vos ayants droit prend-elle fin ?

Vous pouvez dénoncer chaque année l’affiliation de vos ayants droit par lettre recommandée avec accusé de réception ou envoi recommandé électronique adressé à l’organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l’année en cours.

La dénonciation prend effet à compter du 1^{er} janvier de l’année suivante.

Si votre ayant droit vient à bénéficier, par ailleurs, d’une couverture à titre obligatoire, vous pourrez demander à tout moment la dénonciation de la couverture facultative de celui-ci, sous réserve de la production d’un justificatif actant de l’adhésion de votre ayant droit à un régime obligatoire, datant de moins de 3 mois.

La dénonciation prend effet à compter du premier jour du mois suivant la réception de la demande de dénonciation.

En tout état de cause, l’affiliation de votre ayant droit cesse à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions posées ci-dessus.



II. AFFILIATION FACULTATIVE AUX GARANTIES OPTIONNELLES

1. Quelles sont les modalités d'affiliation aux garanties optionnelles ?

Vous avez la possibilité d'améliorer pour vous-même et pour vos ayants droit, le niveau de garanties choisi par votre employeur en demandant votre affiliation à titre facultatif à une garantie optionnelle.

Le choix d'option que vous retiendrez pour vous-même, s'imposera d'office à vos ayants droit si vous avez choisi de les couvrir de manière facultative.

L'affiliation aux garanties facultatives s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation.

2. Quand l'affiliation aux garanties optionnelles prend-elle effet ?

L'affiliation aux garanties optionnelles prend effet :

- à la date de prise d'effet de votre affiliation à titre obligatoire au présent contrat, si la demande se fait simultanément ;
- au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation, si la demande se fait ultérieurement.

3. Peut-on modifier l'option choisie ?

Vous pourrez modifier chaque année l'option choisie dans les conditions déterminées ci-dessous, à la hausse ou à la baisse, sous réserve d'en faire la demande par lettre recommandée avec accusé de réception ou envoi recommandé électronique auprès de l'organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La modification prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

En cas de modification des garanties optionnelles, la cotisation sera ajustée en conséquence.

Toutefois, il vous sera toujours possible de dénoncer annuellement les garanties optionnelles souscrites dans les conditions prévues ci-après.

4. Peut-on dénoncer l'option choisie ?

Vous pouvez dénoncer chaque année l'option souscrite, par lettre recommandée avec accusé de réception ou envoi recommandé électronique adressé à l'organisme assureur, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La dénonciation prend effet à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande de souscription à une option ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai de 2 ans.

III. DROIT DE RENONCIATION AUX GARANTIES FACULTATIVES EN CAS D'ADHÉSION À DISTANCE OU PAR VOIE DE DÉMARCHAGE

Conformément à l'article 112-9 du Code des assurances, en cas d'affiliation à distance ou faisant suite à du démarchage, le salarié qui souscrit des garanties facultatives dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet.

Cette renonciation doit être effectuée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception, daté et signé, envoyé à l'organisme assureur.

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle ci-après : « Par le présent envoi recommandé avec accusé de réception, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent] déclare renoncer à mon option/la couverture de mon(mes) ayant(s) droit [nom(s), prénom(s)] dans le cadre du contrat [référence de la garantie], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».

En cas d'exercice de la faculté de renonciation, l'adhésion à la garantie facultative est annulée. Le salarié ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. L'organisme assureur restitue le solde de la cotisation au plus tard 30 jours après la réception de la lettre de renonciation. Le droit de renonciation ne peut plus être exercé dès lors que le salarié a bénéficié des garanties du contrat.



IV. CESSATION DE L’AFFILIATION

Votre affiliation au contrat cesse :

- à la date de liquidation de votre pension de retraite auprès de la Caisse Nationale d’Assurance Vieillesse, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ; à la date de rupture de votre contrat de travail (au terme du préavis, effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité et de l’article 4 de la loi Evin telles qu’elles sont prévues dans la présente Notice d’information ;
- à la date de votre décès ;
- pour vos ayants droit, dès lors qu’ils ne répondent plus à la définition fixée dans la présente notice d’information ;
- en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat par l’organisme assureur ou par votre employeur.

La cessation de l’affiliation entraîne la cessation des garanties mises en œuvre à votre bénéfice et à la même date, la cessation de l’affiliation de vos éventuels ayants droit ainsi que la cessation des garanties optionnelles que vous auriez éventuellement souscrites.

En cas de cessation de votre affiliation due à la cessation de votre contrat de travail, pour quelque motif que ce soit, votre employeur sera tenu d’en informer l’organisme assureur.

V. VOS OBLIGATIONS

En cas de modification de votre situation personnelle ayant des conséquences sur votre affiliation à titre obligatoire au présent régime ou en cas de demande d’ouverture, de modification ou de résiliation des garanties facultatives (couverture des ayants droit ou souscription/modification des options), vous êtes tenu de vous adresser directement auprès de l’organisme assureur.



MAINTIEN DES GARANTIES

I. EN CAS DE CESSATION DE VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL, QU'ADVIENT-IL DE VOTRE COUVERTURE FRAIS DE SANTÉ ?

1. Portabilité des droits : salariés indemnisés par Pôle emploi

En application de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, vous et vos ayants droit bénéficiez du maintien temporaire de la couverture prévue par le contrat.

Durant la période de maintien, vous bénéficiez des mêmes garanties que celles en vigueur dans l'entreprise.

a. Prise d'effet et durée

Le maintien de garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail.

La durée de ce maintien est égale à la période d'indemnisation par Pôle emploi, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, 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.

b. Conditions d'indemnisation

Le maintien de garanties est subordonné aux conditions suivantes :

- que vous ayez ouvert vos droits à remboursements complémentaires lorsque vous étiez en activité auprès de l'employeur ;
- que vous justifiiez auprès de l'organisme assureur de votre indemnisation chômage selon les modalités prévues par ledit organisme assureur.

c. Formalités

Pour bénéficier du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits, vous devez remplir et signer un document de maintien des garanties.

Ce document sera transmis à l'organisme assureur par votre employeur avant la date de cessation de votre contrat de travail.

Ce document permet à l'employeur de nous informer de la cessation de votre contrat de travail ouvrant droit au maintien des garanties et d'indiquer sa durée maximale.

d. Financement

Le mécanisme de portabilité est financé par la mutualisation.

Par conséquent, aucune contrepartie de cotisation ne vous sera demandée durant la période de maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité.

e. Cessation des garanties

Les garanties cessent obligatoirement :

- lorsque vous cessez de percevoir les allocations du régime d'assurance chômage et, au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévue à l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- en cas et à la date de résiliation du contrat souscrit par votre employeur.

2. Maintien des garanties à titre individuel : au titre de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, vous pouvez bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de la couverture prévue par le contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux.

Sont admis au bénéfice de ce dispositif :

- les anciens salariés obtenant la liquidation de leur pension de vieillesse de la Sécurité sociale et sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail ;



- les anciens salariés privés d'emploi, tant qu'ils ne retrouvent pas une activité professionnelle, bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, suivant la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité ;
- les personnes garanties du chef du salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès du salarié.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande.

Les garanties prennent effet le lendemain de la demande.

La cotisation due au titre du maintien des garanties de l'article 4 de la loi Evin sera intégralement à la charge de l'ancien salarié.

L'organisme assureur du contrat collectif obligatoire mis en place par l'employeur adresse une proposition de contrat aux intéressés dans les deux mois suivant leur radiation du contrat collectif, sous réserve que l'employeur l'ait informé de l'évènement ouvrant droit au bénéfice du dispositif « Loi Evin ».

II. UN SALARIÉ DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU PEUT-IL CONSERVER LE BÉNÉFICE DE LA COUVERTURE FRAIS DE SANTÉ ?

1. Suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties mises en place sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui bénéficient d'une indemnisation complémentaire.

Les périodes de suspension du contrat de travail visées sont notamment celles liées à la maladie, à la maternité ou aux accidents du travail, dès lors qu'elles sont indemnisées.

En particulier, le bénéfice des garanties mises en place par l'employeur doivent être maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

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

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs durant toute la période de suspension du contrat de travail.

Parallèlement, vous devez obligatoirement continuer à acquitter votre propre part de cotisation.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable à vos ayants droit, dans le cadre de leur couverture à titre facultatif.

Vous devez, le cas échéant, acquitter l'intégralité de la ou les cotisations afférentes au paiement des garanties facultatives.

2. Suspension du contrat de travail non indemnisée

Dans les autres cas de suspension de votre contrat de travail, comme par exemple pour congé sans solde (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise), vous ne pourrez pas bénéficier du maintien du contrat.

La suspension intervient à la date de la cessation de votre activité professionnelle dans l'entreprise et s'achève dès la reprise effective de votre contrat de travail au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise.

A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'employeur.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due par votre employeur. Les frais médicaux engagés par vous-même ou, le cas échéant, vos ayants droit, durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

Si vous le souhaitez, vous pourrez toutefois continuer à bénéficier des garanties prévues dans le cadre du contrat durant cette période de suspension de votre contrat de travail, sous réserve de vous acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).



COTISATIONS

I. QUEL EST LE MONTANT DES COTISATIONS ?

Le financement des garanties du contrat est assuré par le versement de cotisations exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité.

Les organismes assureurs recommandés dans le cadre de l'accord du 06 novembre 2015 à la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 se sont engagés à ce que les taux de cotisations du socle, correspondant au régime conventionnel obligatoire « R1 » soient maintenus durant 2 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du régime, soit le 1^{er} janvier 2016.

A l'issue de la présentation des comptes de résultats réalisée au cours de l'exercice 2017 et d'un commun accord entre les organismes co-assureurs recommandés et les partenaires sociaux, les cotisations du salarié au régime obligatoire « R1 » ou à la part du régime « R1 » dans les régimes obligatoires « R2 » et « R3 » bénéficient d'un taux d'appel à 90 %, applicable aux cotisations brutes pour l'exercice 2018, renouvelable en fonction des résultats du régime.

Concernant les garanties optionnelles « R2 » et « R3 », les taux de cotisations pourront être révisés annuellement en fonction des résultats techniques du régime.

II. QUELLES SONT LES MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS ?

1. Garanties souscrites à titre obligatoire par l'employeur

Les garanties obligatoires sont mises en œuvre en contrepartie d'une cotisation « salarié isolé ».

L'accord du 06 novembre 2015 à la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 prévoit que cette cotisation est co-financée a minima à hauteur de 50 % par l'employeur.

Votre employeur est le seul débiteur des cotisations.

2. Garanties optionnelles et couverture facultative de vos ayants droit

– **La couverture facultative de vos ayants droit** est entièrement à votre charge en contrepartie :

- d'une cotisation « conjoint » pour votre conjoint tel que défini dans la présente Notice d'information (cotisation additionnelle facultative)
- et « enfant » pour vos enfants tels que définis dans la présente Notice d'information (cotisation additionnelle facultative par enfant, gratuité à compter du 3^e enfant).

Cette cotisation est directement prélevée sur votre compte bancaire, ou selon les modalités spécifiques prévues sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

La cotisation additionnelle servant au financement des garanties optionnelles que vous aurez choisi en option pour vous-même et vos éventuels ayants droit est également entièrement à votre charge.

Cette cotisation est directement prélevée sur votre compte bancaire, ou selon les modalités spécifiques prévues sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

III. QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DU NON-PAIEMENT DES COTISATIONS ?

Dans le cadre des garanties facultatives que vous pourriez souscrire (couverture de vos ayants droit ; garanties optionnelles), en cas de non-paiement des cotisations dans les 10 jours après l'échéance, l'organisme assureur vous envoie, en application des articles L932-22 du Code de la Sécurité sociale et L113-3 du Code des assurances, une mise en demeure, par voie de lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette lettre vous informe notamment que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner la suspension puis la résiliation de la garantie souscrite à titre facultatif.

Cette mise en demeure, non suivie d'effet dans les 30 jours, engendre la suspension des garanties.

Les garanties pourront alors être résiliées 10 jours après la suspension, soit 40 jours après l'envoi de la mise en demeure, comme le prévoient les articles L932-22 du Code de la Sécurité sociale et L113-3 du Code des assurances.

En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension de la garantie intervenant en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, ne produit ses effets qu'à l'expiration de la période dûment réglée.



La garantie non résiliée reprend effet à midi, le lendemain du jour où a été payée la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

A défaut de paiement des cotisations finançant les garanties collectives facultatives dans les dix jours suivant l'échéance, l'organisme assureur pourra appliquer des majorations de retard. Ces majorations de retard seront exclusivement à votre charge.



GARANTIES

I. COMMENT SONT DÉTERMINÉES LES GARANTIES ?

Les niveaux de garanties sur lesquels porte l'engagement de l'organisme assureur sont conformes à ceux négociés par les partenaires sociaux de la branche du Sport.

Ces garanties s'inscrivent dans le cadre de la réglementation relative aux « contrats responsables », définie aux articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Elles sont également conformes aux dispositions relatives au « panier de soins minimum » définies aux articles L911-7 et D911-1 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolution de la législation en vigueur, le contrat devra donc être mis en conformité avec les nouvelles dispositions, par les partenaires sociaux et l'organisme assureur.

Les garanties prévues par le contrat sont présentées en annexe à la présente Notice d'information.

II. QUELLES SONT LES MODALITÉS DE CALCUL DES GARANTIES ?

1. Montants retenus

Les garanties prévues par le présent contrat sont exprimées :

- en pourcentage de la Base de remboursement (« BR ») de l'Assurance Maladie obligatoire applicable au moment de la survenance de l'événement ;
- en pourcentage des Frais réels (« FR ») engagés par le bénéficiaire ;
- en forfait euros, c'est-à-dire sous forme d'un montant en euros.

2. Calcul des prestations en secteur non conventionné

Pour le calcul des prestations du secteur non conventionné, l'organisme assureur calcule le montant des prestations par référence au tarif d'autorité appliqué par les organismes d'assurance maladie.

Le calcul de ces prestations telles qu'elles sont prévues par le tableau des garanties se fera donc sur la base du tarif d'autorité pour ces garanties.

3. Modalités spécifiques en cas de garanties de même nature contractées auprès d'un autre organisme assureur

Si vous bénéficiez par ailleurs d'une couverture Frais de santé à titre individuel, vous avez la possibilité de faire intervenir l'organisme assureur de votre choix en premier niveau de remboursement complémentaire.

Il en va de même dans le cas où votre éventuel ayant droit bénéficierait par ailleurs d'une couverture Frais de santé à titre individuel ou au sein de son entreprise.

La contribution de chaque organisme assureur est déterminée en application des montants de remboursement établis dans le contrat, dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription.

Pour le deuxième niveau, vous, ou le cas échéant, votre ayant droit, devrez produire les justificatifs de remboursement de l'organisme assureur intervenu en premier niveau de remboursement complémentaire.

4. Principe indemnitaire

Conformément à l'article L931-11 du Code de la Sécurité sociale et l'article L121-12 du Code des assurances, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais à votre charge ou, le cas échéant, à la charge de votre ayant droit couvert à titre facultatif, après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

III. LE CONTRAT PRÉVOIT-IL D'AUTRES SERVICES ?

1. Fonds de solidarité

Conformément à l'accord du 06 novembre 2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005, un Fonds de solidarité est mis en place.



Une fraction de la cotisation est consacrée au financement de prestations à caractère non directement contributif proposées par ce Fonds de solidarité.

L'utilisation de cette contribution est conforme aux dispositions de l'accord du 06 novembre 2015 de la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 et est contrôlée par la Commission Nationale Paritaire Santé.

Le Fonds de solidarité est mis en place en application des actions de prévention ainsi que des règles de fonctionnement et des modalités d'attribution des prestations d'action sociale déterminées par la Commission Nationale Paritaire Santé et dans le règlement du Fonds de solidarité.

2. Services associés

L'organisme assureur choisi par votre employeur met à votre disposition et, le cas échéant, à celle de vos ayants droit, les services prévus ci-dessous :

- télétransmission ;
- tiers payant ;
- réseau de soins ;
- prestations d'assistance.

D'autres services associés au présent contrat pourront être mis en place par l'organisme assureur.



LES REMBOURSEMENTS

I. QUELLES SONT LES FORMALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ?

Les prestations sont traitées :

- soit par échange NOEMIE (télétransmission entre les organismes d'assurance maladie et l'organisme assureur), sauf opposition écrite lors de l'affiliation de votre part, ou le cas échéant, de la part de votre ayant droit ;
- soit sur présentation à l'organisme assureur, de l'original du décompte établi par les organismes d'assurance maladie, ou de l'original de la facture ou note d'honoraires acquittée, si la prestation n'est pas prise en charge par les organismes d'assurance maladie ou si vous, ou le cas échéant, votre ayant droit, avez refusé la télétransmission.

L'envoi des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à votre charge ou le cas échéant, à celle de votre ayant droit.

Lors de votre affiliation, vous ou, le cas échéant, votre ayant droit couvert à titre facultatif devez fournir les documents nécessaires au versement des prestations demandés par l'organisme assureur sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

Ces pièces sont conservées par l'organisme assureur qui est en droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire.

En application des articles L932-13 du Code de la Sécurité sociale et L114-1 du Code des assurances, vous ou, le cas échéant, votre ayant droit, devez produire vos demandes de prestations dans un délai maximum de deux années.

Ce délai commence à courir à compter :

- soit de la date du décompte envoyé par les organismes d'assurance maladie ;
- soit de la date de la facture acquittée, si la prestation n'est pas prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

En cas d'intervention d'un autre organisme assureur, vous ou, le cas échéant, votre ayant droit devez envoyer à l'organisme assureur le décompte original des prestations versées par ledit organisme assureur afin d'obtenir le versement des prestations prévues par le contrat.

II. QUELS SONT LES DÉLAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS ?

À réception de la demande de remboursement, les prestations garanties sont servies dans le respect des critères qualité fixés par l'organisme assureur au titre des règles de gestion :

- soit par échange NOEMIE ;
- soit hors échange NOEMIE à réception des décomptes et des pièces nécessaires à la constitution du dossier et des éventuels renseignements complémentaires demandés par l'organisme assureur.

Les prestations sont versées :

- soit à vous-même directement ou, le cas échéant, à votre ayant droit ;
- soit aux professionnels de santé si vous ou, le cas échéant, votre ayant droit avez fait usage du tiers payant.

III. QU'EN EST-IL DES FRAIS SUPPLÉMENTAIRES ?

Lorsque le mode de versement des prestations retenu par vous-même ou, le cas échéant, par votre ayant droit impose à l'organisme assureur le paiement de frais ou de taxes, ceux-ci sont déduits du montant des prestations.

IV. QUELS SONT LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES SOINS EFFECTUÉS À L'ÉTRANGER ?

Les garanties prévues par le contrat ne sont acquises qu'aux salariés, et, le cas échéant leurs ayants droit, affiliés à un organisme d'assurance maladie français.

Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger viennent en complément des remboursements de l'organisme d'assurance maladie et sont versées en euros.

Lorsque ces soins ne correspondent pas à des actes remboursés par les organismes d'assurance maladie mais sont toutefois expressément garantis par le contrat, le remboursement se fait à partir d'une facture détaillée, précisant a minima le montant et la nature des frais engagés.

Les prestations servies par l'organisme assureur le sont dans la limite des garanties souscrites.



INFORMATIONS PRATIQUES

I. PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées dans la présente Notice d'information sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, selon les modalités fixées par les articles L932-13 et L932-13-3 du Code de la Sécurité sociale et les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, de votre fait ou, le cas échéant, du fait de votre ayant droit, que du jour où l'organisme assureur 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.

Quand votre action contre l'organisme assureur 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 vous ou, le cas échéant, votre ayant droit, ou a été indemnisé par vous-même ou votre ayant droit.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (notamment une citation en justice, un titre exécutoire, la reconnaissance d'un droit) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'organisme assureur à l'employeur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par vous-même ou, le cas échéant, vos ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique adressé par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'Article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.



Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil :

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil :

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil :

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

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

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

Article 2246 du Code civil :

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel « www.legifrance.gouv.fr »

II. RECOURS CONTRE TIERS

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'organisme assureur est subrogé jusqu'à concurrence desdites prestations dans vos droits et actions, ou, le cas échéant ceux de vos ayants droit, contre les tiers responsables, conformément à l'article L931-11 du Code de la Sécurité sociale et l'article L121-12 du Code des assurances.

III. PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

1. Pourquoi recueillons-nous vos données personnelles ?

Vous êtes prospect, adhérent, assuré, bénéficiaire, payeur de cotisations ? Quelle que soit votre situation, nous recueillons et traitons vos « données personnelles ». Pourquoi ? Tout simplement parce qu'elles nous sont nécessaires pour respecter nos obligations légales, gérer votre adhésion au contrat et mieux vous connaître.

Gérer votre adhésion au contrat et respecter nos obligations légales

Vos données personnelles nous sont indispensables pour vous identifier comme pour conclure et exécuter votre adhésion au contrat.

Vos données de santé font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical.

En outre, nous avons besoin de vos données pour respecter en tout point les dispositions légales et administratives applicables à notre profession, entre autres dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et contre la fraude.

Mieux vous connaître... et vous servir

En nous permettant de mieux vous connaître, vos données nous aident à vous présenter et/ou vous proposer des produits et des services adaptés à vos seuls besoins (profilage). Elles peuvent être liées à vos habitudes de vie, à votre localisation... **Avec votre accord express**, vos données peuvent servir également un objectif commercial. Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de votre satisfaction.

Si vous adhérez en ligne, nous utilisons un processus de décision automatisé, différent selon les types de risques à couvrir. Quelle que soit notre décision, vous pouvez demander des explications à l'adresse indiquée au paragraphe « Vos contacts ».



2. Qui peut consulter ou utiliser vos données personnelles ?

Prioritairement les entreprises du groupe Allianz et votre intermédiaire en assurance (agent, courtier, mandataire d'assurance), mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution de votre adhésion au contrat ou dans un objectif commercial : sous-traitants, prestataires, réassureurs, organismes d'assurance, mandataires, organismes sociaux.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données. Si vous souhaitez des informations sur ces garanties, écrivez-nous à l'adresse indiquée au paragraphe « Vos contacts ».

3. Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Vous êtes prospect ou nous n'avons pas pu conclure une adhésion au contrat ensemble

Nous conservons vos données :

- commerciales : 3 ans maximum après le dernier contact entre vous et votre intermédiaire ;
- médicales : 5 ans maximum à partir de leur collecte. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical.

Vous êtes client

Nous conservons vos données tout au long de la vie de votre adhésion au contrat. A son terme, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

4. Pourquoi utilisons-nous des cookies ?

Tout simplement parce qu'ils facilitent et accélèrent votre navigation sur le web.

Les cookies sont de simples fichiers textes stockés temporairement ou définitivement sur votre ordinateur, votre smartphone, votre tablette ou votre navigateur. Grâce à eux, vos habitudes de connexion sont reconnues. Et vos pages sont plus rapidement chargées.

5. Données personnelles : quels sont vos droits ?

Consulter, modifier, effacer... Vous disposez de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de vos données :

- **le droit d'opposition, lorsque vos données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à notre relation contractuelle ;**
- le droit d'accès et de rectification, quand vous le souhaitez ;
- le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de vos données personnelles est dépassée ;
- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à notre relation contractuelle ;
- le droit à la « portabilité », c'est-à-dire la possibilité de communiquer vos données à la personne de votre choix, sur simple demande ;
- le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que vous aviez donné pour l'utilisation commerciale de vos données ;
- le droit de décider de l'utilisation de vos données personnelles après votre décès. Conservation, communication ou effacement... : vous désignez un proche, lui indiquez votre volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.

Pour exercer votre droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, adressez-vous directement à la CNIL.

De manière générale, vous pourrez lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de vos données sur le site allianz.fr ou le site de l'entité juridique mentionnée au paragraphe « Qui est responsable de vos données ? ».

Enfin, le site de la CNIL vous renseignera en détail sur vos droits et tous les aspects légaux liés à vos données personnelles www.cnil.fr.

6. Qui est responsable de vos données ?

Allianz Vie, pour les risques qu'elle couvre :
Société anonyme au capital de 643.054.425 €
340 234 962 RCS Nanterre
Entreprise régie par le Code des assurances
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
www.allianz.fr



7. Comment exercer vos droits ?

Pour vous opposer à l'utilisation de vos données, demander leur effacement, pour poser une question sur l'ensemble de leurs traitements ou une réclamation, vous pouvez nous solliciter directement ou écrire au « responsable des données personnelles » de l'assureur. Pour savoir à quelle adresse écrire, rendez-vous au paragraphe « Vos contacts ».

En cas de réclamation et si notre réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser à la CNIL.

8. Vos contacts

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est très simple : il vous suffit d'écrire :

- par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr,
- par courrier à l'adresse Allianz – Informatique et Libertés – Case courrier S1805 – 1 cours Michelet – CS 30051 – 92076 Paris La Défense Cedex.

Pour toutes vos demandes, n'oubliez pas de joindre un justificatif d'identité.

IV. RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel d'Allianz France.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, il vous suffit d'adresser un courrier à :

Allianz Relation Clients – Case Courrier S1803 – 1 cours Michelet – CS 30051 – 92076 Paris La Défense Cedex
ou un courriel à clients@allianz.fr

Vous n'êtes toujours pas satisfait de la réponse qui vous a été apportée après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus ? Vous pouvez faire appel au Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes : LMA – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09. Cette action n'aura aucun préjudice sur vos éventuelles autres voies d'actions légales.

V. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) dont le siège social est situé au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 9.



ANNEXE 1 – MODALITÉS D'APPLICATION DES GARANTIES

Modalités d'application des garanties

Comment fonctionne le forfait optique « verres et monture » ?

Le forfait optique « verres et monture » est une enveloppe forfaitaire exprimée en euros. Il inclut le remboursement du ticket modérateur, celui-ci ne peut donc faire l'objet d'un remboursement en cas d'utilisation du forfait dans sa totalité.

La prise en charge du forfait optique « verres et monture » est limitée à un équipement composé de deux verres et une monture, par période de 2 ans (24 mois).

Par exception :

- Pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue, le bénéfice du forfait optique est réduit à un an pour les frais exposés dans l'acquisition d'un équipement.

La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la prescription médicale précisant le changement de la correction, soit dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec une nouvelle correction ; celle-ci sera comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme complémentaire.

- Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin et, ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le forfait optique « verres et montures » peut couvrir une prise en charge de deux équipements (verres + montures) sur une période de 2 ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Cette période de 24 mois (réduite à 12 mois pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue) s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement. Il s'agit d'une période fixe qui ne peut être ni réduite ni allongée.

Le reliquat du forfait optique « verres et monture », non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

L'affiliation à une garantie optionnelle ou un changement de formule optionnelle ne permet pas de déroger à ces règles.

Ainsi, en cas de changement de formule :

- **Si vous ou, le cas échéant, votre ayant droit n'a pas entamé son forfait optique « verres et monture » avant ce changement de formule, vous bénéficierez du montant du forfait nouvellement souscrit, à compter de la date d'effet de votre nouvelle formule.**
- **En tout état de cause, une période de 2 ans déclenchée par un précédent achat n'est ni réduite ni annulée par la souscription d'une nouvelle option et continue à courir sur la nouvelle option jusqu'à l'arrivée à son terme.**

Les montants des forfaits « verres et monture » sont précisés au tableau des garanties présenté ci-après.



LEXIQUE

A

Actes non remboursés par les organismes d'assurance maladie

Actes inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) avec un taux de remboursement par la Sécurité sociale égal à « 0 % », un prix unitaire égal à « 0 euro », un qualificatif de la dépense renseigné avec « NR ».

Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS)

Aide proposée par l'assurance maladie sous conditions de résidence et de ressources afin de faciliter l'acquisition d'un contrat de complémentaire santé en permettant à ses bénéficiaires de profiter d'une réduction sur le montant de la cotisation annuelle de leur contrat Frais de santé.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, les organismes d'assurance pouvant proposer des couvertures Frais de santé répondants aux caractéristiques ACS sont listés par arrêté.

Appareillage

Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie.

Auxiliaires médicaux

Infirmier(ère), Masseur-kinésithérapeute, Orthophoniste, Orthoptiste, Pédicure podologue.

B

Base de Remboursement (BR)

Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature pour les organismes d'assurance maladie.

Selon le type d'acte et la nomenclature auxquels elle se rattache, cette base de remboursement peut être constituée du :

- tarif d'autorité : tarif utilisé par les organismes d'assurance maladie comme base de remboursement lorsque le professionnel de santé consulté n'est pas conventionné. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention,
- tarif de responsabilité : base de remboursement de l'organisme d'assurance maladie pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.

C

Chambre particulière

Prestation proposée par les établissements de santé, permettant au patient qui en fait la demande d'être hébergé en chambre individuelle à l'occasion d'une hospitalisation. La chambre particulière n'est jamais remboursée par les organismes d'assurance maladie.

Chirurgie réfractive

Techniques chirurgicales permettant de corriger les défauts visuels.

Contrat collectif

Contrat souscrit par une personne morale (employeur, association...) au profit de ses salariés ou de ses membres et, le cas échéant, de leurs ayants droit, intervenant en complément des prestations versées par un organisme d'assurance maladie.

Contrat individuel

Contrat à adhésion volontaire souscrit par une personne physique pour sa couverture personnelle et, le cas échéant, celle de ses ayants droit, intervenant en complément des prestations versées par un organisme d'assurance maladie.

Contrat responsable

Contrat régi par les articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale (dans sa rédaction issue de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale) et son décret d'application garantissant le respect du parcours de soins coordonnés permettant de bénéficier d'une minoration de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance et ouvrant droit à des exonérations sociales et fiscales pour les entreprises et les salariés dans le cadre d'un contrat collectif complémentaire souscrit à titre obligatoire.



Contrat surcomplémentaire

Contrat supplémentaire venant s'ajouter au contrat complémentaire de manière autonome. Contrat destiné à compléter les garanties d'un premier contrat complémentaire sur certains postes de soins.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

La couverture maladie universelle complémentaire donne droit à une couverture complémentaire gratuite. Celle-ci permet d'accéder aux soins de ville ou à l'hôpital sans dépenses à charge et sans avance de frais. Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources.

D

Dépassement d'honoraires

Différence entre le montant des honoraires du professionnel de santé et la base de remboursement utilisée pour le calcul des prestations versées par les organismes d'assurance maladie.

Dépenses réelles

Montant total des dépenses engagées par une personne pour ses prestations de santé. Ce montant peut être remboursé totalement ou partiellement par les organismes d'assurance maladie et par l'organisme assureur complémentaire.

F

Forfait euros

Le remboursement effectué par l'organisme assureur peut être exprimé sous la forme d'un montant en euros.

Forfait « 18 euros »

Participation forfaitaire de 18 euros mise à la charge de l'assuré social pour les actes dépassant un certain tarif fixé par les autorités publiques.

Ainsi, à titre indicatif, au 1^{er} août 2015, cette participation s'applique :

- Aux actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé, ou dans un établissement de santé (hôpital, clinique) dans le cadre de consultations externes ;
- Aux frais d'une hospitalisation en établissement de santé (hôpital, clinique), y compris en hospitalisation à domicile (HAD), au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ;
- Aux frais d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées ci-dessus et en lien direct avec elle.

Forfait journalier hospitalier

Montant forfaitaire à la charge de l'affilié en cas d'hospitalisation. Il correspond aux « frais hôteliers ».

Frais de séjour

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts de séjour (médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...). En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent exclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Frais d'accompagnement

Frais correspondant aux facilités (lit, repas) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (exemple : parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par les organismes d'assurance maladie.

Frais réels

Le remboursement de certaines prestations peut se faire sur les frais réels. Cela signifie que le taux de remboursement sera calculé sur la base des dépenses réelles engagées par l'affilié.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'organisme d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le montant de la franchise est de :

- 0,50 euro par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- 0,50 euro par acte paramédical ;
- 2 euros par transport sanitaire.



La franchise ne s'applique pas aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, ni aux actes paramédicaux effectués au cours d'une hospitalisation, ni aux transports d'urgence.

La franchise est plafonnée à 2 euros par jour pour les actes paramédicaux, 4 euros par jour pour les transports sanitaires et 50 euros par an, au total.

H

Honoraires limites de facturation

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

A compter de 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires dont en particulier celles contenues dans le panier « à prise en charge renforcée ».

Hospitalisation

Séjour dans un établissement de santé en vue de la prise en charge médicale d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

I

Imagerie médicale - Radiologie

L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'imagerie médicale : radiologie, échographie, IRM, endoscopie, scanner, laser...

Implantologie

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse. L'implantologie n'est pas prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

Inlays et Onlays

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une couronne.

M

Maladie

Altération de la santé ou des fonctions constatée par un médecin.

Maternité

Etat dans lequel se trouve la femme durant les périodes de grossesse non pathologique, de l'accouchement et de ses suites. La grossesse ne constitue pas une maladie.

Médecin traitant

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, tous les assurés sociaux de 16 ans et plus doivent déclarer un médecin traitant. Tout médecin inscrit au Conseil de l'Ordre peut être désigné en qualité de médecin traitant.

Le médecin traitant coordonne les soins et oriente l'assuré social dans le parcours de soins coordonnés, en le dirigeant si nécessaire vers les professionnels de santé adaptés à ses besoins.

Toutefois, l'affilié social pourra consulter certains médecins spécialistes sans passer par son médecin traitant :

- Gynécologue ;
- Ophtalmologue ;
- Psychiatre ou neuro-psychiatre ;
- Stomatologue.

N

Nomenclature

Notion désignant l'ensemble des référentiels codifiant les actes médicaux reconnus par les organismes d'assurance maladie et fixant leur base de remboursement par elle-même et notamment :

- la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),



- la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- la Liste des Produits et des Prestations Remboursables (LPPR ou LPP).

O

Organismes d'assurance maladie

Régimes obligatoires couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Organisme assureur complémentaire

Organisme prenant en charge un ou des contrats assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour un individu donné ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations versées par les organismes d'assurance maladie.

OPTAM / OPTAM-CO [Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée]

Depuis le 1^{er} janvier 2017, l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) a succédé au contrat d'accès aux soins.

Une nouvelle option spécifique est également ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique, avec une valorisation directe à l'acte (OPTAM-CO).

P

Parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés est défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du ticket modérateur par le régime obligatoire et de non remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par l'organisme assureur.

Respect du parcours de soins

Le principe : le médecin traitant choisi librement par le patient âgé de plus de 16 ans a désormais un rôle central dans l'orientation et le suivi tout au long de son parcours de soins dont il assure la coordination.

- Médecin traitant
Soins de premier recours (généraliste ou spécialiste)
Il participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel ; il adresse le patient, si nécessaire et avec son accord vers le médecin le plus apte à traiter sa situation spécifique, dit « médecin correspondant ».
- Médecin correspondant
Soins de second recours (généraliste ou spécialiste)
Il reçoit les patients adressés par le médecin traitant pour un avis ponctuel ou pour un suivi régulier.
Il tient informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmet tous les éléments se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient.
- Suivi régulier
Le médecin traitant oriente son patient vers un médecin correspondant pour des soins répétés.
Le médecin traitant et le médecin correspondant définissent alors un plan de soins en termes de contenu et de périodicité ou un protocole d'ALD (Affection Longue Durée).
Le patient n'a plus à passer systématiquement par son médecin traitant dans le cadre de soins réguliers.
- Avis ponctuel - Expertise
Le médecin traitant peut orienter le patient vers un médecin correspondant pour un avis ponctuel (consultation unique).
Dans ce cas, le médecin correspondant ne devra pas avoir vu le patient dans les six mois précédant la consultation, et il ne devra pas le revoir dans les six mois qui suivent.
Le médecin correspondant ne donnera pas de soins continus au patient et laissera au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

Les exceptions : ces dispositions ne s'appliquent pas aux consultations en accès direct : gynécologues - psychiatres (pour les moins de 26 ans) - ophtalmologistes - urgences, et en cas d'éloignement du domicile (congé, ...). Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonnés et leurs consultations médicales sont également exonérées de la participation forfaitaire de 1 euro.

Non respect du parcours de soins

(Consultation sans passer par le médecin traitant)

Conséquences : des pénalités financières sur les remboursements de consultations et d'actes médicaux sont prévues :

- diminution du remboursement de la Sécurité sociale pour l'ensemble des actes réalisés par les médecins et en cas d'hospitalisation ;
- franchise à concurrence des 8 premiers euros de dépassement d'honoraires du médecin spécialiste s'ajoutant à la contribution forfaitaire de 1 euro.



Ces pénalités financières ne seront pas prises en charge par votre régime complémentaire dont les montants sont susceptibles d'évoluer.

Participation forfaitaire

Une participation forfaitaire de 1 euro est demandée aux assurés sociaux de plus de 18 ans.

Cette participation forfaitaire s'applique pour toutes les consultations et tous les actes réalisés par un médecin ainsi que sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

Cette participation forfaitaire est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à compter du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après la date de l'accouchement ;
- des bénéficiaires de la Couverture médicale universelle (CMU) ou de l'Aide médicale d'Etat (AME).

PLV

Prix Limite de Vente des montures et verres de classe A sont fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale.

Prescription

Extinction d'un droit en raison du dépassement de l'échéance du délai qui était imparti pour en bénéficier.

R

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'affilié après remboursement des organismes d'assurance maladie et des organismes assureurs complémentaires.

T

Ticket modérateur

Dans le parcours de soins, différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'organisme d'assurance maladie.

La participation forfaitaire n'entre pas en compte dans le calcul de cette différence. L'application par le régime obligatoire, de la majoration de la participation de l'assuré lorsque l'acte est réalisé hors parcours de soins, n'affecte pas le calcul et la valeur du ticket modérateur.

Tiers payant

Système de paiement qui évite à l'affilié de faire l'avance des frais de santé, dont la prise en charge est directement assurée par l'organisme d'assurance maladie et l'organisme assureur complémentaire.



Pour de plus amples renseignements, votre interlocuteur Allianz est à votre disposition.



Allianz Vie

Société anonyme au capital de 643.054.425 €
340 234 962 RCS Nanterre

Allianz IARD

Société anonyme au capital de 991.967.200 €
542 110 291 RCS Nanterre
Entreprises régies par le Code des assurances
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

www.allianz.fr



A2VIP

Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,
enregistrée sous le numéro SIREN 803 795 038.
Siège social : 20 rue de la Baume - 75008 Paris
Adresse postale : 38 rue François Peissel – BP 119
69646 Caluire et cuire Cedex.

