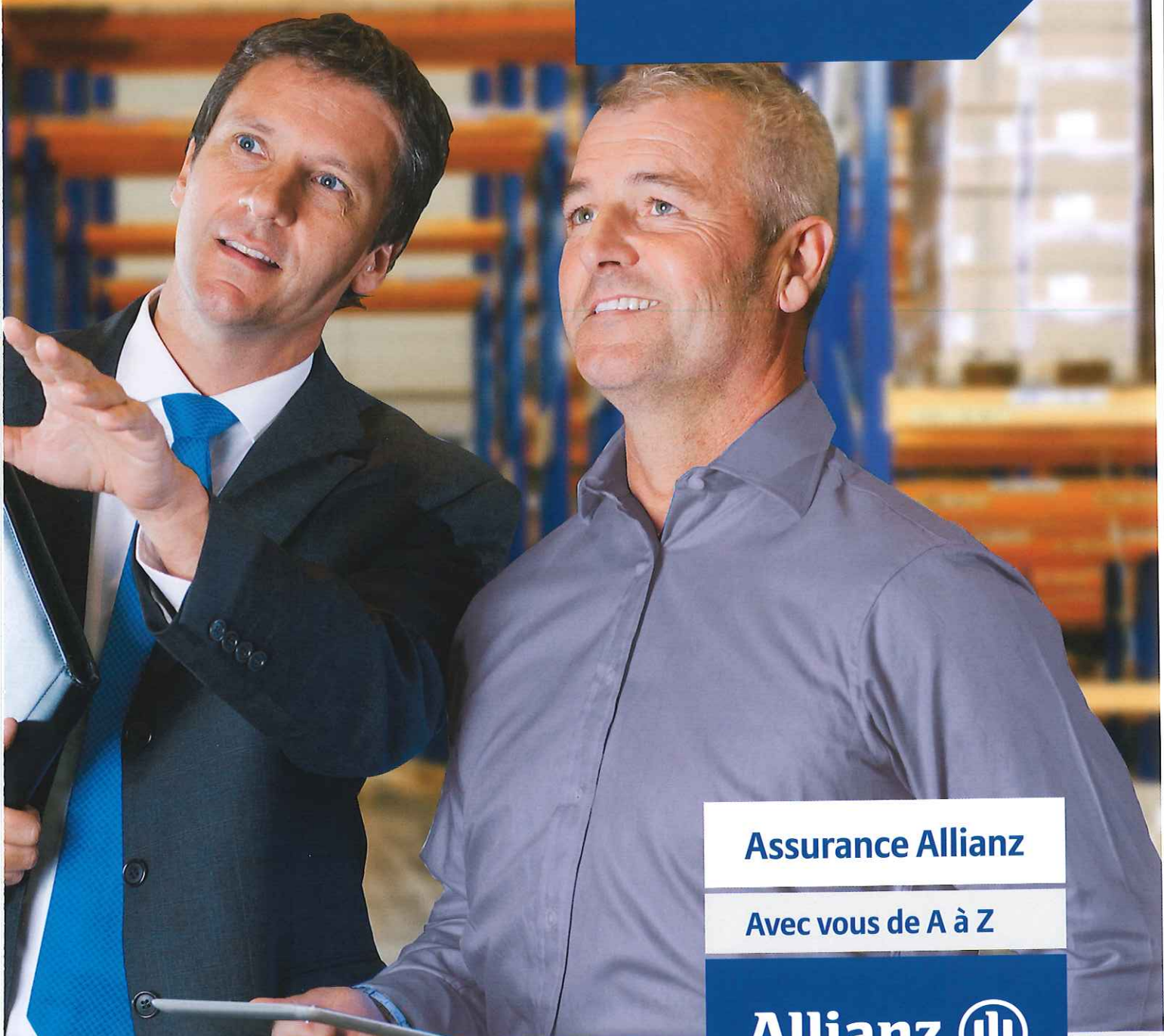


COM19891-
05/16

Allianz Compositio
Entreprise

Notices d'information



Assurance Allianz

Avec vous de A à Z

Allianz 



Ce document comporte les notices d'information du contrat Socle Santé et du contrat Renforts Santé qui constituent l'offre ALLIANZ COMPOSIO Entreprise

- 1 Notice d'information Socle Santé
- 2 Notice d'information Renforts Santé



Le document communiqué par le
Ministère de la Santé et du
Bien-être, en vertu de la Loi
sur l'accès à l'information, est
diffusé en vertu de la Loi sur
l'accès à l'information.



Entreprise

Socle Santé

Notice d'information

Assurance Allianz

Avec vous de A à Z

Allianz 



| | |
|---|-----------|
| 1. Présentation du contrat collectif Socle Santé | 6 |
| Article 1 – Préambule | 6 |
| Article 2 – Objet du contrat collectif Socle Santé | 6 |
| Article 3 – Les garanties du contrat Socle Santé | 6 |
| 3.1 Nature des garanties | 6 |
| 3.2 Montant des prestations | 7 |
| 3.3 Les tableaux de garanties | 7 |
| 3.4 Assistance | 8 |
| 3.5 Allianz Santé Services | 21 |
| 3.6 Les actes de prévention | 23 |
| 3.7 Action sociale | 24 |
| Article 4 – Les bénéficiaires du contrat Socle Santé | 24 |
| 2. Les dispositions relatives à l'Entreprise adhérente | 25 |
| Article 5 – L'adhésion de l'Entreprise adhérente | 25 |
| Article 6 – Effet, durée et renouvellement de l'adhésion | 25 |
| Article 7 – Les obligations de l'Entreprise adhérente | 25 |
| Article 8 – Les cotisations du contrat Socle Santé | 26 |
| 8.1 Taux et base de calcul | 26 |
| 8.2 Paiement des cotisations du Contrat Socle Santé | 26 |
| 8.3 Non-paiement des cotisations du Contrat Socle Santé | 26 |
| 3. Les dispositions relatives au Salarié | 27 |
| Article 9 – L'affiliation du Salarié | 27 |
| Article 10 – Effet, durée et renouvellement de l'affiliation | 27 |
| Article 11 – Cessation ou suspension des garanties | 27 |
| Article 12 – Le règlement des prestations | 27 |
| 12.1 Comment ne pas faire l'avance des frais ? | 27 |
| 12.2 Les formalités à effectuer en cas de sinistre | 28 |
| 12.3 La confidentialité médicale | 28 |
| 12.4 Contrôle médical | 29 |
| 4. Les maintiens de garanties pour les anciens Salariés et les membres de la famille du Salarié décédé | 29 |
| Article 13 – Portabilité : Maintien des garanties prévues au contrat | 29 |
| 13.1 Objet | 29 |
| 13.2 Point de départ et durée du maintien des garanties | 29 |
| 13.3 Formalités à accomplir | 29 |
| 13.4 Garanties maintenues | 29 |
| 13.5 Cessation des garanties | 30 |
| 13.6 Les obligations de l'Entreprise adhérente | 30 |



| | |
|---|-----------|
| Article 14 – Information relative à la proposition de maintien de couverture frais de santé prévue par l'article 4 de la loi du 31/12/1989 (dite « Loi Evin ») | 30 |
| 5. Autres dispositions | 31 |
| Article 15 – Autres dispositions | 31 |
| 15.1 Clause de globalisation des résultats | 31 |
| 15.2 Révision de l'adhésion | 31 |
| Article 16 – Territorialité | 31 |
| Article 17 – Prescription | 31 |
| Article 18 – Recours | 32 |
| Article 19 – Médiation et réclamation | 32 |
| Article 20 – Autorité de contrôle | 33 |
| Article 21 – Service e-courrier | 33 |
| Lexique | 35 |



1. Présentation du contrat collectif Socle Santé

Article 1 – Préambule

Le contrat Socle Santé est un contrat collectif établi sous le n° 80 001, régi par le code des assurances, souscrit auprès d'Allianz Vie et Allianz IARD – dénommées « l'Assureur », par l'Association de Prévoyance Santé (ADPS), association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} Juillet 1901, Tour Neptune – CC0804 – 20, place de Seine – La Défense 1 – 92400 Courbevoie, dénommée « l'association contractante », au profit de ses adhérents.

L'ADPS a pour objet :

- de susciter et de développer parmi ses adhérents la prévention en matière de Santé et de Prévoyance et l'épargne en vue de la constitution volontaire de retraite, notamment par la souscription pour ses adhérents Travailleurs Non Salariés et Professions libérales auprès de l'entreprise d'assurance partenaire de contrats d'assurance collectifs à adhésion facultative répondant aux besoins de retraite, de prévoyance, de dépendance et de santé de ses adhérents ;
- de permettre à ses membres personnes morales d'adhérer au profit de leurs salariés à des contrats d'assurance de groupe à caractère collectif, dans le cadre de conventions d'assurance souscrites par l'Association auprès de l'Assureur partenaire ;
- de participer à la prévention par :w
 - la diffusion d'informations et de conseils intéressant la protection de la santé,
 - la promotion d'initiatives visant à la formation et à l'éducation en matière de santé,
 - le soutien à la recherche médicale.
- de rendre ses adhérents et ses membres attentifs à l'évolution et à la maîtrise des dépenses de santé ;
- de développer l'aide sociale au profit de ses adhérents et éventuellement en faveur d'organismes extérieurs ;
- de soutenir par tous moyens :
 - des actions envers les jeunes ou les adultes, dans le cadre de leur préservation, intégration ou réintégration sociale,
 - des actions visant à faire la promotion, la défense et le développement de l'Association.

Le contrat collectif Socle Santé est réservé aux seuls membres de l'association ADPS à jour de leur cotisation annuelle à l'association.

Le contrat collectif d'assurance prend effet le 1^{er} janvier 2017 et dure jusqu'au 31 décembre 2017. Il se renouvelle ensuite annuellement, chaque 1^{er} janvier, par tacite reconduction. Le contrat peut chaque année être résilié au 31 décembre par l'Assureur ou l'association contractante moyennant un préavis de 6 mois.

En cas de résiliation du contrat collectif, les Entreprises adhérentes en seront informées moyennant un préavis de 3 mois avant la date d'effet de la résiliation et continueront à bénéficier des garanties souscrites jusqu'au terme de leur adhésion soit le 31 décembre.

Les caractéristiques et le fonctionnement du contrat Socle Santé sont définis dans la présente Notice d'information.

Article 2 – Objet du contrat collectif Socle Santé

Le contrat Socle Santé a pour objet de faire bénéficier les membres du personnel ou d'une catégorie de personnel des Entreprises adhérentes, dénommés « Salariés », de remboursements de tout ou partie de leurs dépenses de santé dans les conditions fixées dans la notice.

Le contrat Socle Santé se compose d'un socle de garanties choisi par l'Entreprise adhérente.

Les garanties du Contrat Socle Santé sont proposées selon 5 modules indépendants.

Article 3 – Les garanties du contrat Socle Santé

3.1 Nature des garanties

L'Assureur rembourse au Salarié les frais engagés par les Bénéficiaires définis à l'article 4 sur la base des montants des prestations et des limitations prévues au certificat de couverture santé.

Les prestations sont complémentaires aux prestations en nature des assurances Maladie et Maternité de la Sécurité sociale et leur attribution est subordonnée à la prise en charge et à la déclaration à cet Organisme des frais engagés par le Bénéficiaire, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.



Les garanties Frais de Santé répondent au dispositif du contrat responsable prévu par les articles L 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale afin que le contrat puisse bénéficier des avantages fiscaux et sociaux. Ainsi,

- il respecte les seuils et limites de prise en charge fixées par les textes précités ;
- il ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires autorisés et la majoration de participation du patient en cas de non-respect du parcours de soins ;
- il ne prend pas en charge la participation forfaitaire et les franchises respectivement prévues aux paragraphes II et III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont les montants sont fixés par décret.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais exposés dans le cadre du parcours de soins pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Il appartient à l'Entreprise adhérente de vérifier que les garanties du contrat Socle Santé demandées, ajoutées à celles éventuellement souscrites auprès d'autres organismes assureurs, sont conformes à la Convention Collective dont elle relève, et le cas échéant au régime qu'elle a mis en place par accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur.

3.2 Montant des prestations

Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais, compte tenu des versements de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.

Pour le calcul des frais exposés hors de France, l'Assureur prend en compte, si nécessaire, le taux de change moyen dans le trimestre civil qui précède la date des soins.

Limitation aux frais réels :

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, 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 la charge du Salarié assuré après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

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

Pour l'application des dispositions ci-dessus, l'Assureur détermine la limitation au montant des frais restant à charge du Salarié pour chacun des actes ou postes de frais.

3.3 Les tableaux de garanties

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) ou en pourcentage des frais réels (FR) ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) ou selon le ticket modérateur (TM) ou en euros, s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale (RSS) sauf lorsque le contraire est précisé.

Les prestations s'ajoutent, le cas échéant, aux remboursements de la Sécurité sociale. Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

Hospitalisation

Les garanties choisies par l'entreprise adhérente sont détaillées dans le tableau de garanties annexé à la présente notice d'information.

Au titre de l'hospitalisation, l'Assureur ne prend en charge que les frais exposés en clinique ou en hôpital ainsi que les frais suivants :

- Si le séjour, pris en charge par la Sécurité sociale, s'effectue dans un hôpital ou une clinique, les garanties figurant au certificat d'adhésion sont appliquées quelle que soit la nature de l'hospitalisation ;
- Si le séjour, pris en charge par la Sécurité sociale, s'effectue dans un autre établissement, les garanties figurant au certificat d'adhésion sont appliquées :
 - s'il est précédé d'une hospitalisation de plus de trente jours ;
 - ou s'il fait suite à une intervention chirurgicale exonérée du ticket modérateur ;
 - ou s'il fait suite à une hospitalisation à domicile.
- Dans les autres cas, pour les séjours pris en charge par la Sécurité sociale dans les établissements hospitaliers prévus à l'article L 174-4 du code de la Sécurité sociale, la prise en charge est limitée au ticket modérateur et à la prise en charge du forfait journalier.

En cas de frais engagés à l'étranger, le montant du remboursement des frais liés à une hospitalisation est limité à 200 % du montant remboursé par la Sécurité sociale.



Soins courants

Les garanties choisies par l'entreprise adhérente sont détaillées dans le tableau de garanties annexé à la présente notice d'information.

Optique

Les garanties choisies par l'entreprise adhérente sont détaillées dans le tableau de garanties annexé à la présente notice d'information.

Le remboursement des montures ne peut dépasser 150 euros et vient en déduction des plafonds des garanties.

Cette garantie optique s'applique, une fois tous les 2 ans dans la limite d'un équipement tous les deux ans à compter de l'achat, aux équipements composés d'une monture et de deux verres. Sauf pour les mineurs et en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, dans ces deux cas, elle s'applique chaque année.

- Verres simples :
Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.
- Verres complexes :
 - Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries
 - Verre simple foyer dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries
 - Verre multifocal ou progressif
- Verres très complexes :
 - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries
 - Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

Dentaire

Les garanties choisies par l'entreprise adhérente sont détaillées dans le tableau de garanties annexé à la présente notice d'information.

Médecine douce

Les garanties choisies par l'entreprise adhérente sont détaillées dans le tableau de garanties annexé à la présente notice d'information.

3.4 Assistance

Les services d'assistance du contrat Socle Santé ont pour vocation de faciliter au quotidien la vie du Bénéficiaire tel que défini à l'article 4 en lui apportant de l'information pratique et personnalisée sur des sujets qui le concernent, des prestations en cas d'hospitalisation et un accompagnement spécifique en cas de maladie grave.

Le Bénéficiaire dispose d'une ligne dédiée 7 j/7, 24 h/24 au 01.40.25.58.28 (appel non surtaxé). Pour permettre son identification, le numéro de contrat souscrit par son entreprise sera demandé ainsi que le N° de protocole Allianz : 921 539.

3.4.1 Définitions

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un Accident.

La survenance brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, ruptures d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale, ...) ne peut être assimilée à un Accident.

Animal de compagnie

Chiens et/ou chats du Bénéficiaire (à l'exclusion de tout autre animal), à la condition qu'ils aient reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

Ascendant dépendant

Tout ascendant (parent, beau-parent et grand-parent du Bénéficiaire) dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire.



La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie liée au grand âge et peut être partielle ou totale.

Bénéficiaires

- Personne physique assurée au titre du contrat d'assurance « Allianz Compositio Entreprise » : Salarié de l'entreprise adhérente à l'ADPS (Association de Prévoyance Santé) faisant partie de la catégorie de personnel assuré et ayant signé la demande individuelle d'affiliation, ci-après dénommé « Salarié »
- Membres de la famille du Salarié également assurés au titre du contrat d'assurance « Allianz Compositio Entreprise », à savoir :
 - son conjoint ou concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS, non séparé,
 - ses enfants ayant droit aux prestations d'un régime de la Sécurité sociale du fait de l'immatriculation du salarié ou de son conjoint, visés à l'article L313-3 du Code de la Sécurité sociale, ou lorsqu'ils n'ont plus ce droit du fait de leur âge :
 - et jusqu'à la fin du trimestre civil de leur 28^{ème} anniversaire : s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale des Etudiants,
 - s'ils suivent une formation sous contrat en alternance,
 - s'ils sont inscrits à Pôle Emploi et à la recherche d'un premier emploi depuis moins d'un an, étant précisé que le contrat en alternance n'est pas considéré comme un premier emploi,
 - sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du Code de l'action sociale et des familles attribuée alors que l'enfant était encore à charge, au sens fiscal, du Salarié ou de son conjoint.
- Ascendants à charge du Salarié ou de son conjoint, au sens de la Sécurité sociale.

Domicile

Lieu de résidence principale du Bénéficiaire situé en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique et Réunion.

Hospitalisation

Tout séjour relatif à une hospitalisation prévue ou imprévue, avec ou sans nuitée (y compris hospitalisation ambulatoire en hôpital ou clinique) dans un établissement de soins privé ou public.

Sont exclus :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance,
- les hospitalisations pour :
 - les Maladies et Accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - les maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées (ou) en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
 - les états de grossesse, sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 36^{ème} semaine d'aménorrhée.

Maladie

Toute altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie chronique

Maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Maladie grave

Sont considérées comme maladies graves, les maladies suivantes, attestées par certificat médical :

- Accidents vasculaires cérébraux avec séquelles neurologiques
- Cancers
- Dépression
- Greffes d'organes principaux (rein, cœur, foie, poumon, moelle osseuse)
- Infarctus du Myocarde
- Leucémies
- Lymphomes
- Maladie de Parkinson
- Maladie d'Alzheimer
- Sclérose en plaques
- VIH (virus de l'immunodéficience humaine)



Proches assurés

Les membres de la famille du Bénéficiaire pouvant également bénéficier des prestations d'assistance du contrat « Allianz Composio Entreprise ».

Transport

Tout déplacement s'effectuant par :

- train 2^{ème} classe
- avion en classe économique
- taxi

Véhicule de location

Le Véhicule de location mis à la disposition du Bénéficiaire ou du Proche assuré, est à prendre et à rendre dans la même agence indiquée par Mondial Assistance.

La location d'un véhicule est effectuée dans la limite des disponibilités locales et pour une personne remplissant les conditions exigées par les loueurs (âge, ancienneté de permis, dépôt de caution,...).

Le Véhicule de location est assuré selon les conditions de garantie et de franchises prévues par le loueur.

Les frais de carburant, les assurances individuelles ou personnelles ainsi que l'assurance des effets personnels transportés sont à la charge du Bénéficiaire ou du Proche assuré.

3.4.2 Informations et orientations médicales

Les prestations décrites ci-dessous sont accessibles au Bénéficiaire dès la prise d'effet du contrat « Socle Santé » et pendant toute la Durée de Validité.

Lors de l'appel du Bénéficiaire, Mondial Assistance lui proposera un entretien avec un médecin de Mondial Assistance. Si le Bénéficiaire accepte, il sera rappelé par un médecin de Mondial Assistance dans les plus brefs délais.

Lors de l'entretien avec le médecin de Mondial Assistance, le Bénéficiaire peut obtenir des informations relatives à sa santé, à sa Maladie, à son Hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant, ou des informations relatives à son suivi.

Sans faire de diagnostic ni de prescription, le médecin de Mondial Assistance intervient en soutien du médecin traitant : il conseille, oriente, prévient, rassure, alerte, apporte son soutien professionnel au Bénéficiaire.

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles.

3.4.2.1 Informations d'ordre général relatives à la santé

A Les établissements de soins

- les urgences (numéro du SAMU, pompier, centre anti-poison...)
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités...

B Les questions générales sur la santé

- le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...)
- la grossesse et l'accouchement : les médicaments interdits/à éviter, les examens à effectuer (obligatoires/facultatifs)
- les maladies infantiles
- les vaccinations à effectuer : obligatoires/conseillées, risques liés à la vaccination

C Les facteurs de risques

- les problèmes d'alcool, de tabagisme, de drogues
- les problèmes liés au poids

D Les questions de médecine générale

- les traitements et les conséquences d'une maladie
- des informations relatives à une analyse biologique ou un examen
- des informations relatives à une prescription
- les modalités de suivi d'une maladie aiguë ou chronique

E Les questions relatives aux médicaments

- les médicaments originaux
- les médicaments génériques
- les médicaments disponibles en vente libre



F Les informations préventives

- risque de transmission aux enfants (génétiquement)
- risque de contagion pour l'entourage.
- informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre... (ex : rougeole, sida...)
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité sociale...)

3.4.2.2 Informations sur les médecines alternatives

Mondial Assistance oriente le Bénéficiaire vers une médecine alternative, adaptée à sa pathologie, telles que :

- thérapies manuelles : kinésithérapie, ostéopathie, chiropraxie, réflexologie, médecine orientale/chinoise
- acupuncture, auriculothérapie
- mésothérapie
- homéopathie, phytothérapie
- thalassothérapie
- luminothérapie, hypno thérapie

3.4.2.3 Orientation vers un centre de prise en charge de la douleur

Mondial Assistance oriente, en cas de douleurs, le Bénéficiaire vers les Centres de Lutte contre la Douleur (CLUD).

3.4.3 En cas d'Hospitalisation, prestations pour aider le Bénéficiaire à faire face à des situations qui peuvent rapidement déstabiliser son organisation quotidienne

Les prestations décrites ci-dessous sont prises en charge, dans la limite de 2 (deux) Hospitalisations par année civile et par Bénéficiaire.

3.4.3.1 Conseil social

Les prestations sont à utiliser dans un délai de 15 (quinze) jours maximum à compter de la date de sortie de l'Hospitalisation.

A Étude, évaluation de la situation

Le conseil social a pour objectif d'aider le Bénéficiaire à faire face à sa nouvelle situation en proposant les services suivants :

- Écoute
- Évaluation
- Informations sur la législation sociale (accès aux structures et dispositifs de droit commun)
- Régulation et orientation vers les services appropriés
- Recherche de ressources & financements externes

S'appuyant sur une équipe de spécialistes du domaine médico-social, Mondial Assistance procède, par téléphone, à une analyse de la situation médico-sociale et socio-économique destinée à détecter les diverses difficultés auxquelles le Bénéficiaire est confronté et à lui proposer des solutions.

Mondial Assistance réalise une évaluation des besoins du Bénéficiaire et lui fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants :

- La maternité : assurance maternité, l'interruption volontaire de grossesse.
- Les prestations familiales : conditions générales d'attribution, les différentes prestations, la tutelle.
- L'accueil du jeune enfant : les congés de naissance, la protection médico-sociale de l'enfant, les assistantes maternelles, les travailleuses familiales, les établissements et services d'accueil des jeunes enfants, les employés de maison, les aides financières pour la garde des enfants.
- L'emploi et le chômage : salaire, rupture du contrat de travail, convention de conversion, RSA, insertion professionnelle des chômeurs, la femme enceinte et le contrat de travail.
- Le logement : les aides à l'amélioration de l'habitat.
- La maladie et l'accident : prévention et médecine sociale, assurance maladie, accidents du travail, maladies professionnelles, la protection complémentaire, l'Hospitalisation à Domicile.
- Le handicap et l'invalidité : les dispositions en faveur des enfants et des adultes.
- La retraite : l'accueil familial des personnes âgées ou handicapées, APA.

Les prestations sont uniquement téléphoniques ; en aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

B Préconisation

Mondial Assistance, éclairée par l'analyse de situation, préconise au Bénéficiaire des mesures à prendre et lui explique les diverses procédures pour leur mise en œuvre.

Mondial Assistance aide le Bénéficiaire et l'assiste, le cas échéant, dans les démarches à entreprendre.



Le Bénéficiaire est orienté vers les structures médicales ou sociales compétentes proches de son Domicile et susceptibles d'apporter une réponse adaptée à ses difficultés.

Le Bénéficiaire est libre d'accepter ou non, tout ou partie la préconisation faite par Mondial Assistance. La préconisation comporte deux volets : l'aide aux démarches et le multi-financement.

Aide aux démarches administratives et sociales

Mondial Assistance aide le Bénéficiaire dans ses démarches administratives et sociales.

- Démarches à effectuer
Mondial Assistance expose les démarches administratives ou médicales à effectuer et indique où et comment se procurer les documents nécessaires ainsi que le délai pour les obtenir.
- Aide à la rédaction de courriers types
Afin de faciliter et d'accélérer les demandes, Mondial Assistance aide le Bénéficiaire à la rédaction des courriers pour formuler sa demande auprès des différents organismes.

Le multi-financement : organisation et mise en place de la préconisation

Mondial Assistance, grâce à ses réseaux et ses partenaires du secteur médico-social et social, peut proposer des moyens de financement (multi-financement) dans les domaines énumérés à l'article A « Etude, évaluation de la situation ». Mondial Assistance peut aider le Bénéficiaire :

- dans la recherche des financements proposés dans le cadre des dispositifs de droit commun. Il appartiendra au Bénéficiaire de solliciter les différents organismes concernés,
- dans la mise en place des solutions proposées par Mondial Assistance et acceptées par le Bénéficiaire.

Suite à l'intervention des différents organismes, si un montant reste à charge, celui-ci sera supporté par le Bénéficiaire.

En aucun cas, les prestations ne sont à la charge financière de Mondial Assistance.

3.4.3.2 Accompagnement psychologique

L'objet de cette prestation est d'offrir au Bénéficiaire un accompagnement psychologique lorsqu'il est confronté à une Hospitalisation.

L'appel du Bénéficiaire doit intervenir au plus tard dans les 15 jours suivant la date de sortie de son Hospitalisation. La prestation est rendue de la manière suivante :

Sur simple appel du Bénéficiaire, un rendez-vous téléphonique est pris à sa convenance avec un psychologue clinicien de Mondial Assistance qui le rappellera pour déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement.

Le rappel du psychologue s'effectue dans les 48h maximum, du lundi au vendredi (hors jours fériés) entre 8h et 18h (horaire de France métropolitaine).

Si besoin, le Bénéficiaire pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de Mondial Assistance soit effectivement disponible.

Une première évaluation « d'accompagnement psychologique » est rendue par téléphone au cours de 3 (trois) séances maximum.

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue proposera au Bénéficiaire des consultations en face à face avec un psychologue proche de son lieu de travail ou de résidence et de son choix :

- Le Bénéficiaire domicilié en France métropolitaine pourra alors bénéficier d'un accompagnement de 12 séances prises en charge par Mondial Assistance avec un maximum de 80 euros par séance.
- Pour le Bénéficiaire domicilié en Martinique, en Guadeloupe ou à la Réunion, Mondial Assistance rembourse le coût des séances sur présentation des originaux des notes d'honoraires émises par le psychologue, dans la limite de 80 euros TTC par séance, avec un maximum de 12 séances.

Si le Bénéficiaire souhaite poursuivre au-delà des 12 séances le coût restant sera à sa charge.

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

Mondial Assistance n'est tenue que par une obligation de moyen.

Dans tous les cas, la décision d'accompagnement psychologique appartient exclusivement au médecin de Mondial Assistance, éventuellement après contact et accord du médecin traitant du Bénéficiaire.

3.4.3.3 Prestations à domicile

Le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance qui réalisera, par téléphone, une évaluation de sa situation et de son environnement (ascendants à charge, enfants, animaux...) et lui proposera des prestations d'assistance.



Les prestations sont prises en charge dans la limite de 2 (deux) Hospitalisations (attestée par le bulletin d'Hospitalisation ou un certificat médical) par année civile et par Bénéficiaire.

Les prestations sont à utiliser pendant l'Hospitalisation ou après l'Hospitalisation, dans un délai de 15 (quinze) jours maximum à compter de la date de sortie de l'Hospitalisation.

Mondial Assistance organise et prend en charge, les prestations suivantes :

A Transport

Suite à une Hospitalisation, si le Bénéficiaire doit se rendre depuis son Domicile, à des rendez-vous médicaux et qu'aucun proche ne peut l'y conduire, Mondial Assistance prend en charge, dans la limite de 250 euros TTC, le coût aller et retour d'un taxi ou le ticket d'un Transport en commun (remboursement sur justificatif).

Il s'agit nécessairement d'un Transport non médicalisé.

B Aide à domicile

Suite à une Hospitalisation, Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire, une aide à Domicile, dans la limite de 600 euros TTC.

Cette aide à Domicile peut être réalisée :

- soit par une aide ménagère dont la mission est de réaliser de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas, petites courses etc.) au Domicile du Bénéficiaire,
- soit par une auxiliaire de vie dont la mission est de pratiquer des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit, si la situation le nécessite, par une Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) dont la mission est de prodiguer des conseils dans le domaine de l'éducation familiale.

Chaque prestation d'aide à Domicile peut être fournie entre 8h et 18h du lundi au vendredi, hors week ends et jours fériés.

Cette aide est mise à disposition dans la limite des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de prestataires d'aide à Domicile.

Le nombre d'heures alloué et leur répartition sur la période de mise à disposition sont déterminés par Mondial Assistance en fonction de la situation du Bénéficiaire.

C Fermeture du Domicile quitté en urgence

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire, et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge dans la limite de 100 euros TTC, la venue d'une aide ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectuera, sous réserve de la mise à disposition des clés, des éventuels codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut, si nécessaire, organiser le Transport aller et retour, de l'intervenant pour aller chercher les clés.

Cette prestation sera mise en place en fonction des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des prestataires d'aide à Domicile.

D Préparation du retour au Domicile

Pendant l'Hospitalisation du Bénéficiaire, afin d'assurer son retour au Domicile dans les meilleures conditions, Mondial Assistance organise et prend en charge, dans la limite de 100 euros TTC, la venue d'une aide ménagère pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire de petites courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation s'effectuera, sous réserve de la mise à disposition des clés, des éventuels codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut, si nécessaire, organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

E Déplacement d'un proche au Domicile du Bénéficiaire hospitalisé

Mondial Assistance organise et prend en charge le coût d'un Transport aller et retour, d'un proche désigné par le Bénéficiaire, pour s'occuper du Bénéficiaire, des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans.

Mondial Assistance peut également organiser et prendre en charge le séjour à l'hôtel du proche désigné par le Bénéficiaire.

Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 2 nuits d'hôtel et un maximum de 75 euros TTC. Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par Mondial Assistance.



Pour les Bénéficiaires domiciliés en France métropolitaine, cette prestation est effectuée exclusivement au départ de France métropolitaine.

Pour les Bénéficiaires domiciliés en Martinique, en Guadeloupe ou à la Réunion, cette prestation est effectuée exclusivement au départ de l'île de résidence.

OU

F Votre Transfert au Domicile d'un proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le coût d'un Transport aller et retour du Bénéficiaire jusqu'au domicile d'un proche désigné par le Bénéficiaire.

Il s'agit nécessairement d'un Transport non médicalisé.

Pour les Bénéficiaires domiciliés en France métropolitaine, cette prestation est effectuée exclusivement en France métropolitaine.

Pour les Bénéficiaires domiciliés en Martinique, en Guadeloupe ou à la Réunion, cette prestation est effectuée exclusivement dans l'île de résidence.

OU

G Transfert des enfants, petits-enfants, de moins de 15 ans (inclus), fiscalement à charge et/ou des ascendants dépendants, au Domicile d'un proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le coût d'un Transport aller et retour jusqu'au domicile d'un proche désigné par le Bénéficiaire.

Si nécessaire, Mondial Assistance peut prendre en charge :

- le coût d'un Transport d'un proche accompagnant désigné par le Bénéficiaire,
- le séjour à l'hôtel de cette personne. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 2 nuits d'hôtel et un maximum de 75 euros TTC.

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par Mondial Assistance.

Pour les Bénéficiaires domiciliés en France métropolitaine, cette prestation est effectuée exclusivement en France métropolitaine.

Pour les Bénéficiaires domiciliés en Martinique, en Guadeloupe ou à la Réunion, cette prestation est effectuée exclusivement dans l'île de résidence.

OU

H Garde au domicile, des enfants et/ou petits-enfants, de moins de 16 ans, fiscalement à charge

La garde s'effectue dans la limite des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de garde. Mondial Assistance prend en charge à concurrence de 250 euros TTC.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 3 heures et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est rendue par un professionnel agréé dont la mission consiste à garder les enfants du Bénéficiaire au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens (à l'exclusion des soins médicaux).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Dans le cas où la situation le nécessite (situation soumise à l'appréciation de Mondial Assistance), une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) pourra intervenir.

I Conduite à l'école et/ou aux activités extra scolaires des enfants de moins de 16 ans fiscalement à charge

Si aucun proche ne peut assurer le Transport des Enfants pour se rendre à l'école ou aux activités extra scolaires, Mondial Assistance peut prendre en charge, dans la limite de 250 euros TTC, le Transport en taxi aller et retour des Enfants depuis le Domicile.

L'Enfant sera obligatoirement accompagné d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

J Veille ou prise en charge des ascendants dépendants

Si aucun proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance recherche, missionne et prend en charge, dans la limite de 250 euros TTC, suivant le besoin, l'intervention :

- soit, d'une auxiliaire de vie agréée qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement...),
- soit, d'une personne de compagnie.



Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

K Portage de repas à la sortie de l'Hospitalisation

Sur simple appel téléphonique du Bénéficiaire, Mondial Assistance organise et prend en charge, le portage de repas au Domicile avec un délai de mise en place de 4 jours ouvrés maximum. Ce service n'est pas disponible le samedi, dimanche et jours fériés. Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners et dîners ».

Il peut s'agir de repas diététiques personnalisés en fonction des besoins alimentaires du Bénéficiaire. Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance propose :

- soit l'intervention d'une aide ménagère pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à l'article 5.4.3.3 B Aide à Domicile,
- soit la mise en relation avec un prestataire, sans prise en charge.

Quelle que soit la formule retenue, la prise en charge par Mondial assistance se fera dans la limite de 250 euros TTC. Le coût des repas reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation d'assistance est acquise uniquement en France métropolitaine hors Corse.

L Garde au Domicile de l'enfant de moins de 16 ans, malade ou convalescent, suite à une Hospitalisation

La prestation est assurée par un professionnel agréé. Sa mission consiste à garder l'enfant malade ou convalescent, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens (à l'exclusion des soins médicaux).

La garde s'effectue dans la limite des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de garde dans la limite de 250 euros TTC.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 3 heures et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

M Assistance aux animaux de compagnie (chiens et chats, à l'exclusion de tout autre animal)

Pendant l'Hospitalisation du Bénéficiaire, Mondial Assistance prend en charge, dans la limite de 250 euros TTC la garde de l'Animal de compagnie du Bénéficiaire :

- soit à l'extérieur, par un professionnel (frais de nourriture compris),
- soit chez un proche désigné par le Bénéficiaire, dans un rayon maximum de 100 Km autour du Domicile.

Cette prestation d'assistance est acquise uniquement en France métropolitaine.

N Livraison de courses

Mondial Assistance prend en charge, dans la limite de 100 euros TTC, la livraison des courses au Domicile et au plus tard dans les 48 heures suivant la date de sortie de l'Hospitalisation.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation d'assistance est acquise uniquement en France métropolitaine.

O Livraison en urgence de médicaments (prescrits depuis moins de 24 heures par le médecin traitant)

Mondial Assistance recherche :

- une pharmacie proche du Domicile ou une pharmacie de garde,
- les médicaments, sous réserve de disponibilité,

et prend en charge dans la limite de 100 euros TTC, l'acheminement au Domicile des médicaments immédiatement nécessaires au Bénéficiaire.

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation d'assistance est acquise uniquement en France métropolitaine.

P Livraison et mise à disposition de matériel médical (prescrit depuis moins de 24 heures par le médecin traitant)

La mise en place d'aides techniques (lits médicalisés, fauteuils roulants, accessoires de confort...) permet de faciliter le retour ou le maintien à Domicile du Bénéficiaire.

Mondial Assistance prodigue des conseils personnalisés au Bénéficiaire et à ses proches afin de faciliter le choix du matériel adapté.



Mondial Assistance prend en charge, dans la limite de 100 euros TTC, la livraison du matériel médical prescrit au Bénéficiaire par son médecin traitant. Le prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.

Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.

Le coût de l'achat ou de la location du matériel, reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation d'assistance est acquise uniquement en France métropolitaine.

3.4.3.4 Mise en relation avec un réseau de service à la personne

Avant, pendant et dans les 30 (trente) jours suivant l'Hospitalisation du Bénéficiaire, Mondial Assistance lui propose la mise en relation avec un réseau de Services à la personne.

Il s'agit d'une offre de mise en relation avec des prestataires, visant à accompagner le Bénéficiaire dans la recherche de solutions de vie quotidienne.

Les prestataires délivrant des prestations de services à la personne (entrant dans le cadre des activités définies comme telles par le Plan Borloo) sont agréés, afin que le Bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux.

L'objectif de ce service est de :

- délivrer de l'information sur les services à la personne,
- mettre en relation le Bénéficiaire avec un prestataire référencé par Mondial Assistance.

Mondial Assistance propose également de mettre en relation ou d'orienter le Bénéficiaire vers des prestataires n'entrant pas dans le cadre du Plan Borloo ou sur demande du Bénéficiaire : coiffeur à Domicile, esthéticienne, pédicure, manucure, massages (hors soins thérapeutiques).

Les prestations délivrées sont à la charge du Bénéficiaire.

Pour toute mise en place de prestation, le prestataire dispose d'un délai minimum de 72 heures pour prendre contact avec le Bénéficiaire.

3.4.4 En cas de Maladie grave attestée par un certificat médical : Prestations d'accompagnement pour le Bénéficiaire ou le Proche assuré

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h00 à 20h00, le samedi de 9h00 à 18h00 (heure de métropole), hors jours fériés, Mondial Assistance organise et prend en charge, des prestations destinées à aider le Bénéficiaire atteint d'une Maladie grave et ses Proches assurés à faire face à la situation.

Les prestations d'assistance sont des prestations d'aide au quotidien faciles à mettre en œuvre et d'une grande souplesse d'utilisation.

Le Bénéficiaire atteint d'une Maladie grave et ses proches assurés trouveront auprès des services de Mondial Assistance une écoute attentive ; leurs demandes seront entendues en toute confidentialité.

3.4.4.1 Pour aider le Bénéficiaire et ses Proches assurés à faire face lors de l'annonce de la Maladie grave

En cas de survenance d'une Maladie grave, Mondial Assistance organise et prend en charge, dans la limite de 500 euros TTC un ensemble de prestations de première nécessité, à utiliser par le Bénéficiaire à sa convenance.

Le coût de chaque prestation utilisé vient en déduction du plafond de 500 euros TTC.

Les prestations peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins, une fois pour une même Maladie grave et dans un délai de deux mois à compter de la découverte d'une Maladie grave.

Mondial Assistance réglera directement le coût des prestations aux prestataires missionnés selon les disponibilités locales.

A Mise à disposition de moyen de transport

- soit pour le Bénéficiaire souhaitant se rapprocher d'un Proche assuré ou se rendre à des rendez-vous médicaux et qu'aucun proche ne peut l'y conduire
- soit pour le Proche assuré venant au chevet du Bénéficiaire malade

Tout déplacement s'effectuant par :

- train 2^{ème} classe
- avion en classe économique
- taxi

B Mise à disposition d'un véhicule de location

- soit pour le Bénéficiaire souhaitant se rapprocher du Proche assuré
- soit pour le Proche assuré venant au chevet du Bénéficiaire malade



Le Véhicule de location mis à la disposition du Bénéficiaire ou du Proche assuré, est à prendre et à rendre dans la même agence indiquée par Mondial Assistance.

La location d'un véhicule est effectuée dans la limite des disponibilités locales et pour une personne remplissant les conditions exigées par les loueurs (âge, ancienneté de permis, dépôt de caution,...).

Le Véhicule de location est assuré selon les conditions de garantie et de franchises prévues par le loueur.

Les frais de carburant, les assurances individuelles ou personnelles ainsi que l'assurance des effets personnels transportés sont à la charge du Bénéficiaire ou du Proche assuré.

C Hébergement dans un hôtel

- soit pour le Bénéficiaire souhaitant se rapprocher du Proche assuré
- soit pour le Proche assuré venant au chevet du Bénéficiaire malade

dans la limite des disponibilités locales.

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par Mondial Assistance.

D Garde au Domicile des enfants ou petits-enfants fiscalement à charge de moins de 16 ans

La garde s'effectue dans la limite des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de garde.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 3 (trois) heures et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est rendue par un professionnel agréé dont la mission consiste à garder les enfants du Bénéficiaire au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens (à l'exclusion des soins médicaux).

Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

E La garde des animaux de compagnie

- soit à l'extérieur, par un professionnel (frais de nourriture compris),
- soit chez un proche désigné par le Bénéficiaire, dans un rayon maximum de 100 Km autour du Domicile.

Chiens et/ou chats du Bénéficiaire (à l'exclusion de tout autre animal), à la condition qu'ils aient reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

Cette prestation d'assistance est acquise uniquement en France métropolitaine.

F Aide ménagère au Domicile du Bénéficiaire ou du Proche assuré

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum 3 (trois) heures, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire ou d'un Proche assuré.

3.4.4.2 Pour se décharger de certaines tâches quotidiennes

En complément des prestations de première nécessité, sur demande du Bénéficiaire ou du Proche assuré, Mondial Assistance :

- évalue les besoins en services à la personne,
- met en relation le Bénéficiaire ou le Proche assuré avec des prestataires de services à la personne agréés,
- communique au Bénéficiaire ou au Proche assuré toute l'information relative à la défiscalisation associée à ces services agréés ainsi que les informations relatives aux modalités d'intervention, de type mandataires ou prestataires, afin de permettre au Bénéficiaire de choisir les aides les plus adaptées à ses besoins selon sa situation personnelle.

Le règlement des prestataires reste à la charge du Bénéficiaire ou du Proche assuré.

3.4.4.3 Pour accompagner le Bénéficiaire ou le Proche assuré dans les démarches administratives et sociales

Lorsque la situation l'exige, Mondial Assistance propose un service d'accompagnement du Bénéficiaire ou du Proche assuré sur la durée, destiné principalement à le soutenir de façon personnalisée dans ses démarches administratives et dans sa vie quotidienne.

Le service est composé d'un ensemble de prestations pour faire face à cette nouvelle situation.



A Évaluation

Afin de mieux accompagner le Bénéficiaire ou le Proche assuré sur le long terme, une évaluation personnalisée est réalisée par des professionnels de Mondial Assistance. Elle permet de mesurer et de connaître :

- le contexte dans lequel la personne évolue,
- ses habitudes de vie,
- son environnement professionnel (situation / employeur),
- son environnement familial (composition, proximité géographique),
- et d'évaluer le contexte matériel dans lequel il vit.

Cette évaluation a pour objectif de déterminer l'ensemble de ses besoins et de l'aider à obtenir les aides auxquelles il peut prétendre compte tenu de sa situation personnelle (par exemple : recherche de multi financements).

B Diagnostic et mise en œuvre

A l'issue de l'évaluation, et sur demande du Bénéficiaire ou du Proche assuré, Mondial Assistance propose un plan d'actions.

Dans ce cadre, Mondial Assistance assure :

- une coordination et une médiation entre les personnes (professionnels médico-sociaux) et les organismes sollicités,
- un accompagnement à la constitution des dossiers administratifs,
- une expertise sur le plan social délivrée par les assistantes sociales qui permet un suivi de la situation sur le long terme.

3.4.4.4 Prestations destinées aux Proches assurés afin de mieux gérer la situation au quotidien

Lorsque la Maladie grave est diagnostiquée chez le Bénéficiaire, ses Proches assurés peuvent être amenés à aider le Bénéficiaire malade, à titre non professionnel, dans ses activités de la vie quotidienne.

Ses Proches assurés ont alors besoin d'être écoutés et aidés.

Afin de permettre aux Proches assurés de mieux accepter et de mieux exercer leur rôle au quotidien auprès du Bénéficiaire malade, sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00, hors jours fériés (heure de Métropole), Mondial Assistance organise et prend en charge, les prestations suivantes :

A Conseils destinés aux Proches assurés

Mondial Assistance propose par téléphone deux modules de sensibilisation destinés à prévenir le Proche assuré des risques liés à la nouvelle situation :

- conseils pour rester en bonne santé : limiter les risques de stress, dépression, frustration, perturbation du sommeil, épuisement.
- conseils pour comprendre les difficultés du Bénéficiaire malade.

B Une formation pratique à Domicile

Mondial Assistance propose au Proche assuré l'intervention d'une infirmière au Domicile du Bénéficiaire ou à son propre domicile afin de lui montrer et de lui expliquer les bons gestes à effectuer et la bonne attitude à adopter vis-à-vis du Bénéficiaire malade.

L'intervention de l'infirmière à Domicile se déroule en deux phases de trois heures :

- la première phase est consacrée à travailler avec le Proche assuré uniquement sur différents thèmes (hygiène de vie, transferts et déplacements, toilette, habillage, repas,...),
- la deuxième phase est destinée à mettre en pratique les différents thèmes avec le Bénéficiaire malade. Cette prestation d'assistance est acquise uniquement en France métropolitaine.

C Un soutien psychologique

Par un psychologue clinicien qui aidera le Proche assuré à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile.

La prestation est rendue par téléphone.

Sur simple appel du Proche assuré, un rendez-vous téléphonique est pris à sa convenance avec un psychologue clinicien de Mondial Assistance qui le rappellera pour déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement.

Le rappel du psychologue s'effectue dans les 48h maximum, du lundi au vendredi (hors jours fériés) entre 8h et 18h (horaire de France métropolitaine).

Si besoin, le Proche assuré pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de Mondial Assistance soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur.

L'accompagnement proposé est limité à 3 entretiens maximum.



Si la situation du Proche assuré nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue proposera au Proche Assuré des consultations en face à face avec un psychologue proche de son lieu de travail ou de résidence et de son choix :

- Le Proche Assuré domicilié en France métropolitaine pourra alors bénéficier d'un accompagnement de 10 séances prises en charge par Mondial Assistance avec un maximum de 80 euros par séance.
- Pour le Proche assuré domicilié en Martinique, en Guadeloupe ou à la Réunion, Mondial Assistance rembourse le coût des séances sur présentation des originaux des notes d'honoraires émises par le psychologue, dans la limite de 80 euros TTC par séance, avec un maximum de 10 séances.

Si le Proche assuré souhaite poursuivre au-delà des 10 séances le coût restant sera à sa charge.

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

Mondial Assistance n'est tenue que par une obligation de moyen.

Dans tous les cas, la décision de soutien psychologique appartient exclusivement au médecin de Mondial Assistance, éventuellement après contact et accord du médecin traitant.

D Une orientation vers les groupes de parole

Pour éviter un isolement du Proche assuré, Mondial Assistance, en fonction des disponibilités locales, oriente et met en relation le Proche assuré avec les associations et les établissements spécialisés qui proposent des séances de discussion et de réflexion animées par des professionnels et permettent de partager entre proches de personnes malades les différentes expériences.

E Permettre au Proche assuré de faire une pause

Mondial Assistance organise et prend en charge dans la limite de 500 euros TTC un ensemble de prestations à utiliser par le Proche assuré à sa convenance et selon ses besoins, destiné à lui permettre de « faire une pause » et préserver ainsi sa vie personnelle et familiale.

Cet ensemble de prestations est valable une fois par an pendant toute la Durée de Validité du contrat.

Le coût de chaque prestation utilisé vient en déduction du plafond de 500 euros TTC.

Les prestations peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Mondial Assistance réglera directement le coût des prestations aux prestataires missionnés selon les disponibilités locales.

Les prestations prises en charge sont :

- Une auxiliaire de vie à Domicile auprès du Bénéficiaire, dans la limite des disponibilités locales.
- Une aide-ménagère pour le Bénéficiaire malade ou le Proche assuré dans la limite des disponibilités locales.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire ou du Proche assuré.

3.4.5 Responsabilité

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

Lorsqu'un billet d'avion ou de train a été délivré dans le cadre des prestations, Mondial Assistance dégage toute responsabilité concernant les événements indépendants de sa volonté, notamment en cas de sursréservation, de retard, d'annulation ou de changement de destination figurant sur le billet.

3.4.6 Conditions d'applications à toutes les prestations d'assistance

Mondial Assistance ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Elle ne peut prendre en charge les frais de recherche, de sauvetage et de transports primaires.



Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas de dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire ou de dommages résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense.

Mondial Assistance se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tous actes, pièces, factures, certificats médicaux, bulletin d'Hospitalisation, etc..., de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir les justificatifs appropriés à Mondial Assistance, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 (cinq) jours suivant l'appel, sauf cas fortuit ou de force majeure.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser le service.

Mondial Assistance ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non respect par le Bénéficiaire des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer au Bénéficiaire le remboursement des frais exposés.

Sont exclues les demandes de remboursements au-delà de 2 (deux) ans à compter de la date de l'événement.

Les prestations d'assistance de la Convention sont délivrées sous réserve des disponibilités locales.

3.4.7 Conditions applicables à certaines prestations

Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique :

En aucun cas les renseignements communiqués ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Les informations fournies par Mondial Assistance sont des renseignements à caractère documentaire. Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui auront été communiqués.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage alors à répondre dans un délai de 48 heures.

Conditions applicables aux services d'assistance à la personne au Domicile :

Les prestations énoncées dans la Convention ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

La mise en place des prestations d'assistance au Domicile peut nécessiter un délai d'une demi-journée ouvrée.

3.4.8 Exclusions générales

Sont exclus :

- les demandes non justifiées
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les Hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les Hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance,
- les Hospitalisations pour :
 - les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - les maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées (ou) en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
 - les états de grossesse, sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 36ème semaine d'aménorrhée,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et de l'usage abusif d'alcool,



- les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs du Bénéficiaire,
- les conséquences de tentative de suicide,
- les conséquences :
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire,
- les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du Bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche,
- les frais de cure thermale,
- les frais de séjour dans une maison de repos,
- les visites médicales et les frais s'y rapportant,
- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, **sauf cas de légitime défense**,
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique) **sauf si ces interventions sont consécutives à un Accident ou une Maladie garantis**,
- les affections de longue durée (ALD), les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées.

3.4.9 Modalités d'examen des réclamations

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse suivante :

MONDIAL ASSISTANCE France
 Service Traitement des Réclamations TSA 20043
 75379 Paris cedex 08

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières prévues à l'article 3.4.5 « Responsabilité » de la présente Notice d'Information, dont Mondial Assistance le tiendrait informé.

3.5 Allianz Santé Services

3.5.1 Objet

Allianz Santé Service est un ensemble de services et de prestations délivrés par Santéclair au profit des Bénéficiaires tels que définis à l'article 4 du contrat Socle Santé pour leur permettre principalement de diminuer leur reste à charge tout en bénéficiant de soins et d'information de qualité.

3.5.2 Services fournis par Santéclair – description et procédure

3.5.2.1 Analyse de devis - conseil

Les services mis à disposition par Santéclair concernent l'analyse de 9 (neuf) devis décrits ci-dessous :

- prothèses dentaires, implantologie, parodontie et orthodontie,
- lunettes, lentilles, chirurgie réfractive,
- audioprothèses,
- honoraires chirurgicaux.



3.5.2.2 Descriptif

Santéclair analyse les imprimés devis reçus des Bénéficiaires concernant des dépenses dans le domaine dentaire, soit, plus précisément, les prothèses dentaires, les implants, les traitements d'orthodontie et de parodontie, ainsi que, dans le domaine de l'optique, les lunettes, les lentilles et la chirurgie réfractive, ainsi que dans le domaine de la correction prothétique des troubles auditifs et des dépassements d'honoraires pratiqués lors d'acte de chirurgie ou d'obstétrique.

L'analyse du devis a pour objet de renseigner le Bénéficiaire sur l'adéquation de la proposition à ses besoins et au prix proposé par rapport au marché.

3.5.2.3 Procédure de traitement des devis

Chaque Bénéficiaire peut se procurer un modèle de chaque imprimé devis sur simple demande à Santéclair ou directement sous son espace client allianz.fr.

Lorsqu'un achat d'équipement optique (lunettes ou lentilles), une pose de prothèse dentaire, d'implant ou un traitement d'orthodontie, de parodontie, d'une chirurgie réfractive ou de toute autre chirurgie programmée en secteur 2 et la pose d'une prothèse auditive est envisagée, le Bénéficiaire fait remplir le devis correspondant par le praticien de son choix.

Ce devis est transmis par le Bénéficiaire à Santéclair par courrier, fax ou par e-mail. Le Bénéficiaire dispose d'un numéro de téléphone dédié.

Le Bénéficiaire est contacté dans un délai maximum de 72 heures soit par courrier, soit par téléphone selon le résultat de l'étude du devis.

Le conseiller santé de Santéclair, après analyse du devis au moyen du système informatique mis à sa disposition, communique au Bénéficiaire les informations sur les pratiques et les prix en rapport avec le type de devis ainsi que les montants éventuels pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire, par la garantie complémentaire et l'indication du « reste à charge ».

Le conseiller santé donne toutes les informations techniques relatives à la prestation concernée par le devis, permettant au Bénéficiaire de négocier directement le devis auprès de son praticien s'il le désire.

Le Bénéficiaire reste libre d'utiliser à sa convenance les informations fournies par Santéclair.

Santéclair peut se charger, à la demande du Bénéficiaire, d'une renégociation auprès du professionnel de santé concerné. Dans ce cas, ce sont les consultants de Santéclair (opticiens, dentistes, orthodontistes, audioprothésistes, médecins etc.) qui prennent contact avec le professionnel de santé afin d'ajuster l'offre aux besoins du client et, le cas échéant, de renégocier le tarif.

En aucun cas, Santéclair ne se substitue au professionnel de santé qui reste le seul décideur des traitements et prestations proposés.

Le conseiller santé rappellera le Bénéficiaire, selon sa convenance, pour l'informer des résultats de la négociation menée par le consultant de Santéclair auprès de son praticien.

Santéclair adressera, à chaque Bénéficiaire ayant utilisé le service devis, une lettre de fin de conseil mentionnant une estimation de remboursement dans le domaine dentaire, devis chirurgical et audioprothèse.

3.5.3 Accès à 7 réseaux de partenaires Santéclair

3.5.3.1 Descriptif

Santéclair a conclu un contrat reconductible annuellement avec des praticiens, professionnels de santé ou établissements de santé s'engageant à ne pas dépasser un tarif maximum pour un certain nombre de prestations, à respecter un cahier des charges qualité ainsi qu'une procédure de tiers payant à la demande du Bénéficiaire pour les 5 premiers réseaux cités ci-dessous.

En optique et en dentaire, le Bénéficiaire peut disposer d'un reste à charge réduit notamment grâce aux bonus Santéclair présents dans les garanties Socle Santé (niveaux 2 à 7).

Cet accord de partenariat a permis de constituer 7 réseaux :

- un réseau national d'opticiens partenaires,
- un réseau national de chirurgiens dentistes partenaires,
- un réseau de centres de chirurgie réfractive,
- un réseau d'audioprothésistes,
- un réseau d'implantologues dentaires spécialistes,
- un réseau de diététiciennes,
- un réseau d'ostéopathes et chiropracteurs,
- un réseau orthopédique.



3.5.3.2 Procédure d'utilisation des réseaux de partenaires Santéclair

Sur simple appel téléphonique ou interrogation sur l'espace client allianz.fr, le conseiller Santéclair ou l'outil de géolocalisation fournit au Bénéficiaire, les coordonnées précises d'au moins trois partenaires les plus proches du lieu indiqué par le demandeur. Les bases de données Santéclair permettent de donner au Bénéficiaire toutes les informations sur les engagements contractuels pris par les professionnels de santé partenaires de Santéclair.

Le Bénéficiaire se rend auprès du praticien partenaire de son choix en indiquant qu'il bénéficie des services Santéclair et qu'il souhaite le tiers-payant.

Le praticien vérifie l'attestation de tiers-payant comportant la mention Santéclair.

Allianz, règle directement le praticien du montant porté sur la facture au plus tard dans les dix jours suivant la réception de la facture.

3.5.3.3 Accès à des services web*

Santéclair met à disposition des Bénéficiaires des services accessibles à partir de l'espace client allianz.fr :

- un site permettant la géolocalisation des partenaires des réseaux Santéclair,
- un site d'aide à l'automédication,
- un guide d'information hospitalières,
- un site d'aide au choix de son lieu d'hospitalisation (OWIH),
- des sites d'achat de lunettes et de lentilles à des tarifs attractifs,
- un service téléphonique de diététiciennes,
- une application permettant de calculer le reste à charge sur le devis dentaire.

3.5.3.4 Accès à des services via smartphone

Santéclair met à disposition des Bénéficiaires des applicatifs clés en main intégrables aux applications mobiles :

- Application géolocalisation des partenaires.

3.5.4 Engagements de Santeclair

Santéclair met à la disposition des Bénéficiaires du contrat Socle Santé des moyens et une logistique pour répondre à leurs demandes.

3.5.4.1 Téléphonie et organisation

La plateforme téléphonique (0 970 809 825) est ouverte du lundi au vendredi (hors jours fériés) de 9h00 à 19h30 et le samedi de 9h00 à 17h00.

3.5.4.2 Délai de réponse et de traitement

- Délivrance des accords de tiers-payant optique (pour tout dossier complet et respectant le contrat de partenariat) : 24h
- Délivrance des accords de tiers-payant dentaire, audioprothèse, chirurgie réfractive (pour tout dossier complet et respectant le contrat de partenariat) : 48h. En dentaire, le délai est de 72h dès lors que le dossier est transmis au contrôle médical de Santéclair.
- Traitement des devis reçus des adhérents : restitution réalisée à l'adhérent en 72h maximum pour tout dossier reçu complet.

3.6 Les actes de prévention

Le contrat Socle Santé prend en charge, l'ensemble des actes de préventions ci-dessous :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Un détartrage annuel complet sus - et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

* Les services en ligne et applications sur Smartphone sont susceptibles d'évoluer à tout moment sans avis préalable.



- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L 162-1-7, la prise en charge au titre de l'arrêté précité est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - Coqueluche : avant 14 ans ;
 - Hépatite B : avant 14 ans ;
 - BCG : avant 6 ans ;
 - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - Haemophilus influenzae B ;
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

3.7 Action sociale

Le contrat Socle Santé peut prendre en charge, pour les bénéficiaires du contrat, l'ensemble des prestations non contributives prévu par l'accord professionnel ou interprofessionnel dont relève l'entreprise adhérente.

La cotisation prévue par l'accord professionnel ou interprofessionnel est directement versée par l'Assureur au fonds social mis en place à cet effet. Ce fonds est géré par l'Assureur.

L'Assureur délègue à l'ADPS la gestion et le versement des prestations relatives à cette action sociale, ces dernières pouvant être :

- Une prise en charge, totale ou partielle, sous certaines conditions, de la cotisation d'assurance de certains salariés (apprentis, salariés à temps partiel) ;
- Le financement d'actions de prévention différentes de celles prévues à l'article 3.6 ;
- La prise en charge de prestations d'action sociale, notamment lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides financière ponctuelle.

Toute demande sera faite directement auprès de l'ADPS à l'adresse :

Secrétariat Général de l'ADPS
FONDS SOCIAL ENTREPRISES
Case Courrier 0804 - Tour Neptune
20, Place de Seine
92086 Paris La Défense Cedex

Les documents qui doivent être envoyés à l'ADPS sont :

- Un courrier expliquant les difficultés rencontrées (en indiquant les références de votre contrat).
- La photocopie du dernier avis d'imposition.
- Une copie de la carte tiers-payant en cours (recto/verso).
- La facture acquittée ou un devis des frais justifiant la demande.
- Le devis de remboursement de la Complémentaire Santé comportant le montant du reste à charge.

Article 4 – Les bénéficiaires du contrat Socle Santé

Les Salariés et les membres de leur famille désignés ci-après bénéficient d'un régime de la Sécurité sociale sont considérés comme Bénéficiaires du contrat collectif Socle Santé :

- le conjoint
L'Assureur entend par conjoint, le conjoint du Salarié marié ou à défaut le partenaire lié par un Pacte civil de Solidarité « PACS » au Salarié assuré, ou à défaut le concubin du Salarié. Est considérée comme concubin, la personne vivant maritalement avec le Salarié sous réserve que les deux conditions cumulatives suivantes soient remplies :
 - qu'ils soient tous deux libres de tout lien matrimonial,
 - que le Salarié ait déclaré son concubinage lors de son affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à sa date d'affiliation, avec production de tout justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif ;
- les enfants ayant droit aux prestations d'un régime de la Sécurité sociale du fait de l'immatriculation du Salarié ou de son conjoint, visés à l'article L 313-3 du Code de la Sécurité sociale, ou lorsqu'ils n'ont plus ce droit du fait de leur âge :
 - et jusqu'à la fin du trimestre civil de leur 28^{ème} anniversaire : s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale des Étudiants,
 - s'ils suivent une formation sous contrat en alternance,
 - s'ils sont inscrits à Pôle emploi et à la recherche d'un premier emploi depuis moins d'un an, étant précisé que le contrat en alternance n'est pas considéré comme un premier emploi,
 - sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles attribuée alors que l'enfant était encore à charge, au sens fiscal, du Salarié ou de son conjoint ;



- les ascendants à charge, au sens fiscal, du Salarié ou de son conjoint.
Les prestations sont dues au titre des actes, soins et séjours en hospitalisation intervenus au cours de la période durant laquelle le Bénéficiaire appartient à la catégorie définie ci-dessus.

Ces Bénéficiaires sont définis par le Salarié sur la demande individuelle d'affiliation.

2. Les dispositions relatives à l'Entreprise adhérente

Article 5 – L'adhésion de l'Entreprise adhérente

L'adhésion est constatée par le certificat d'adhésion établi sur la base des déclarations faites par l'Entreprise adhérente.

Il appartient à l'Entreprise adhérente de vérifier si la catégorie de personnel de son régime est conforme aux dispositions des articles R 242-1-1 et suivants du code de la Sécurité sociale au regard de sa situation et de celle de ses salariés.

La totalité de son personnel salarié ou de la catégorie de personnel définie dans le certificat d'adhésion doit obligatoirement être assurée.

Cette obligation s'entend sous réserve des cas de dispense admis par les réglementations sociale et fiscale en vigueur, qu'ils soient de droit ou expressément prévus par l'acte instituant le régime de prévoyance complémentaire de l'Entreprise adhérente.

Selon les réglementations précitées, il lui appartient de conserver les documents justifiant des cas de dispense pour chaque Bénéficiaire concerné, afin de les produire en cas de demande des administrations sociale et fiscale.

L'adhésion au contrat Socle Santé est constituée :

- de la présente Notice d'information définissant les obligations réciproques et l'ensemble des garanties pouvant être souscrites,
- du certificat d'adhésion précisant les garanties effectivement souscrites ainsi que le montant des prestations et des cotisations,
- du tableau de garanties annexé à la présente notice d'information.

Article 6 – Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion est constatée par le certificat d'adhésion signé par l'Entreprise adhérente et par l'Assureur qui mentionne notamment :

- le numéro d'adhésion,
- la catégorie de personnel à assurer,
- la catégorie de Bénéficiaires à assurer,
- la nature et le montant des garanties souscrites pour le Contrat Socle Santé
- les taux de cotisation.

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'une des parties au moyen d'une lettre recommandée envoyée, au plus tard, le 31 octobre précédent.

L'adhésion peut également prendre fin à l'initiative de l'Assureur :

- à tout moment lorsque le nombre de personnes assurées ne représente plus la totalité de la catégorie de personnel définie ci-avant,
- en cas de non paiement des cotisations du Contrat Socle Santé selon les modalités définies à l'article 8.

Article 7 – Les obligations de l'Entreprise adhérente

Lors de son adhésion, l'Entreprise adhérente s'engage :

- à affilier à l'assurance, la totalité des membres présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel définie dans le certificat d'adhésion, et ceci pour l'ensemble des garanties du Contrat Socle Santé qui ont été souscrites ;
- à régler dans les quinze jours qui suivent l'expiration de chaque trimestre la cotisation, appelée sur la base du personnel assuré présent au cours du trimestre écoulé ;
- à informer l'Assureur, dans un délai de 30 jours maximum à compter de la survenance de l'un des événements suivants :
 - sorties de Salariés de la catégorie de personnel à assurer,
 - cessation du contrat de travail de Salariés,



- modification de l'accord de branche dont relève éventuellement l'Entreprise adhérente ;
- à communiquer à l'Assureur toute modification de ses coordonnées ou d'opération juridique (fusion, acquisition, location-gérance...) dans les 30 jours ;
- à remettre à chaque Salarié :
 - le formulaire de demande individuelle d'affiliation figurant dans le Kit d'affiliation,
 - contre récépissé, la présente Notice d'information, résumant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et d'application et les formalités à accomplir en cas de sinistre ;
- à informer par écrit les Salariés ainsi que les anciens salariés pour lesquels les garanties sont maintenues des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction ou suspension des garanties, toute modification tarifaire ou résiliation de l'Adhésion, conformément au Code des assurances.

Le non-respect des obligations précitées engage la responsabilité de l'Entreprise adhérente vis-à-vis de ses Salariés (en vertu de l'article 12 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L 141-4 du Code des assurances).

Article 8 – Les cotisations du contrat Socle Santé

8.1 Taux et base de calcul

Le ou les taux de cotisation et leur base de calcul sont mentionnés dans le certificat d'adhésion.

Il est précisé que pour les Salariés qui exercent leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

8.1.1 Indexation

Les cotisations du Contrat Socle Santé sont indexées automatiquement à effet de chaque 1er janvier, en fonction de l'évolution annuelle de la consommation de soins et biens médicaux à la charge des ménages et des organismes d'assurances complémentaires.

Cet accroissement des taux de cotisations, calculé chaque année à cet effet, tient compte de l'augmentation induite par la variation de la valeur du plafond de la Sécurité sociale.

8.1.2 Révision en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires

Les cotisations pourront être révisées conformément aux dispositions de l'article 15.2.

8.1.3 Révision en fonction des résultats techniques

Conformément à l'article 15.1, les taux pourront être revus lors de chaque renouvellement annuel en fonction des résultats techniques des contrats de même nature.

L'Entreprise adhérente sera avisée au plus tard le 31 octobre précédent.

En cas de désaccord, l'Entreprise adhérente pourra demander la résiliation de son adhésion par lettre recommandée à compter de la notification de la révision. La résiliation prendra alors effet au 31 décembre suivant la date à laquelle l'Assureur aura reçu la lettre recommandée.

Dans le cas contraire, le montant des cotisations sera calculé automatiquement selon les nouvelles bases notifiées à l'Entreprise adhérente.

8.2 Paiement des cotisations du Contrat Socle Santé

Les cotisations appelées sont payables trimestriellement et dues le dernier jour du trimestre civil auquel elles se rapportent.

L'Entreprise adhérente est la seule responsable de leur versement.

8.3 Non-paiement des cotisations du Contrat Socle Santé

À défaut du paiement intégral des cotisations du Contrat Socle Santé dans le mois qui suit leur échéance ou l'échéance de régularisation, une lettre recommandée constituant la mise en demeure prévue à l'article L 113-3 du Code des assurances est envoyée à l'Entreprise adhérente. Les garanties sont suspendues trente jours après cet envoi.

Si, passé ce délai, l'Entreprise adhérente n'a pas procédé au paiement demandé, l'Adhésion pourra être résiliée, sans autre formalité, dans les dix jours suivants. Lorsque l'adhésion au contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel et que les garanties du contrat correspondent exactement au régime de base mis en place par cette convention, l'adhésion ne pourra être résiliée qu'à son échéance annuelle. Les cotisations dues, restées impayées, seront recouvrées par l'Assureur par tout moyen y compris judiciaire.



3. Les dispositions relatives au Salarié

Article 9 – L’affiliation du Salarié

Le Salarié de la catégorie de personnel à assurer doit, au moment de son affiliation :

- remplir et signer un Kit d’affiliation comprenant une demande individuelle d’affiliation,
- joindre une copie de l’attestation Vitale,
- joindre un ou deux Relevés d’Identité Bancaire au nom du Salarié,
- envoyer le tout à l’Assureur.

Cet envoi, pour l’affiliation au Contrat Socle Santé, doit intervenir au plus tard dans les trente jours suivant la date d’adhésion de l’entreprise ou la date d’entrée dans la catégorie de personnel.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, le Salarié une fois admis, ne peut être exclu de l’assurance contre son gré tant qu’il fait partie de la catégorie de personnel à assurer.

La demande individuelle d’affiliation permet d’enregistrer l’affiliation du Salarié au Contrat Socle Santé et selon son choix de faire bénéficier les membres de sa famille des garanties du Contrat Socle Santé. Lors de son affiliation, le Salarié s’engage à fournir à l’Assureur l’ensemble des pièces qui lui sont demandées dans sa demande individuelle d’affiliation Santé.

Article 10 – Effet, durée et renouvellement de l’affiliation

L’affiliation est constatée par le certificat de couverture santé signé par l’Assureur qui mentionne notamment :

- le numéro d’adhésion de l’Entreprise adhérente,
- les Bénéficiaires des garanties,
- la date d’effet du Contrat Socle Santé,
- la nature et le montant des garanties souscrites pour le Contrat Socle Santé.

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le certificat de couverture santé et se renouvellent dans les conditions décrites à l’article 6.

Article 11 – Cessation ou suspension des garanties

Les garanties Contrat Socle Santé prennent fin :

- dès que le Salarié cesse d’appartenir à la catégorie de personnel à laquelle l’adhésion s’applique,
- à la date de l’attribution de sa pension vieillesse ou d’une pension pour incapacité au travail de la Sécurité sociale. Toutefois les garanties sont maintenues aux Salariés qui - bien qu’ayant fait valoir leur droit à la retraite et bénéficiant à ce titre d’une pension vieillesse - reprennent une activité professionnelle rémunérée en tant que salarié de l’entreprise adhérente,
- pour les membres de la famille du Salarié Bénéficiaires tels que définis à l’article 4, à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions prévues audit article et en tout état de cause à la même date que le Salarié,
- en cas de résiliation de l’adhésion liant l’Entreprise adhérente à l’Assureur.

La cessation des garanties (ou la suspension) entraîne simultanément, tant pour le Salarié que pour les membres de sa famille s’ils étaient garantis, la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation même s’ils ont débuté ou ont été prescrits avant cette date.

En cas de suspension du contrat de travail pour une autre cause que les congés payés annuels, une maladie, un accident, une maternité ou une paternité, l’Assureur suspend les garanties pendant la même période et avec les mêmes effets que la cessation.

Article 12 – Le règlement des prestations

12.1 Comment ne pas faire l’avance des frais ?

L’Assureur délivre une attestation de tiers payant où figurent les garanties du contrat ouvrant droit à ce service. Sur présentation de cette attestation, le Salarié bénéficie du tiers payant :

- pour les dépenses des médicaments en pharmacie, sous réserve que ces médicaments soient pris en charge par la Sécurité sociale,
- pour les dépenses liées à un séjour hospitalier, sous réserve qu’une prise en charge ait été demandée au centre de gestion,



- pour les dépenses d'optique (y compris la chirurgie réfractive), de prothèses dentaires, d'audio prothèses et d'orthodontie, sous réserve que ces dépenses aient été engagées auprès d'un professionnel de santé partenaire de Santéclair,
- pour les soins externes, sous réserve que les dépenses aient été engagées dans un établissement avec lequel l'Assureur a signé un accord.

De plus, l'Assureur a signé une convention avec les professionnels de santé du département de l'Entreprise adhérente, et sous réserve que les dépenses aient été engagées auprès d'un professionnel de santé ayant ratifié cette convention, le tiers payant sera étendu :

- aux dépenses de radiologie,
- aux dépenses de laboratoire d'analyses,
- aux dépenses d'auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes).

Si le Salarié cesse d'appartenir au groupe assuré pour quelque motif que ce soit, de même qu'en cas de suspension des garanties du contrat ou de résiliation de celui-ci, l'Assureur prévendra les professionnels de santé afin d'interrompre la pratique du tiers payant.

12.2 Les formalités à effectuer en cas de sinistre

Faut-il faire une déclaration ?

En général, les décomptes sont communiqués à l'Assureur par télétransmission. Si cela n'était pas le cas, le Bénéficiaire devra envoyer à l'Assureur les originaux des décomptes de la Sécurité sociale.

En l'absence de justification des frais réels exposés et servant de base au calcul de notre remboursement, ceux-ci seront limités à la base de remboursement retenue par la Sécurité sociale en secteur conventionné.

Quelles sont les pièces à fournir ?

En cas d'hospitalisation,

- les justificatifs de l'hospitalisation (factures, notes d'honoraires),

En cas de maladie,

- les décomptes (ou volets) originaux de la Sécurité sociale sauf dans le cas de la télétransmission,
- les factures détaillées des professionnels de santé pour les actes et soins non pris en charge par la Sécurité sociale,
- les factures détaillées pour les frais d'optique et dentaire,
- Optique (verres plus monture) : ordonnance de l'ophtalmologiste et facture de l'opticien.
- Prothèse dentaire : facture détaillée indiquant la nature exacte des travaux prothétiques réalisés, des numéros de dents soignées.
- Soins dentaires : facture détaillée en cas de dépassement d'honoraires.

12.3 La confidentialité médicale

Les informations médicales recueillies directement ou indirectement (notamment feuilles de soins, demandes de prises en charge établies par les établissements hospitaliers publics ou privés, flux informatiques télétransmis par les professionnels de santé que le salarié assuré consulte, courriers et ou certificats médicaux que le Salarié adresse au Service Médical ou au Médecin Conseil d'Allianz) font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de votre dossier par le Service Médical d'Allianz.

De même les informations soumises au respect du secret professionnel (notamment les décomptes établis par le Régime Obligatoire ou flux informatiques télétransmis par ce même régime, demandes de prises en charge établies par les établissements hospitaliers publics ou privés), font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destinés à la gestion du dossier par les Services Administratifs d'Allianz.

La signature de votre demande individuelle d'affiliation vaut acceptation expresse de votre part pour la transmission :

- au Service Médical d'Allianz et de son réassureur, dans le respect du secret médical, de l'ensemble des données soumises au respect du secret médical qui seront nécessaires au traitement de votre dossier,
- aux services administratifs d'Allianz et de son réassureur, dans le respect du secret professionnel, de l'ensemble des données comportant des renseignements soumis au respect du secret professionnel (y compris ceux qui nous parviendraient directement par les organismes gérant votre Régime Obligatoire, ainsi que par les organismes de soins ou professionnels de santé), qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, les personnes concernées bénéficient d'un droit de demande d'accès, et sur pièce justificative : de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données les concernant en adressant leur demande par simple lettre ou courriel à Allianz - Informatique & Libertés - Case Courrier S1803 - 1 Cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris la Défense Cedex ou informatiqueetliberte@allianz.fr



12.4 Contrôle médical

L'Assureur pourra faire procéder au contrôle de l'état de santé des Bénéficiaires et des soins effectués. Il pourra demander, si besoin, toute pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie.

4. Les maintiens de garanties pour les anciens Salariés et les membres de la famille du Salarié décédé

Article 13 – Portabilité : Maintien des garanties prévues au contrat

13.1 Objet

Les garanties du contrat Socle Santé prévues au certificat de couverture santé sont maintenues au profit :

- des Salariés, qui en bénéficiaient jusqu'à la date de cessation de leur contrat de travail et qui se trouvent, postérieurement à la date d'effet du contrat, en situation de bénéficiaire des dispositions de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale précisées ci-dessous,
- le cas échéant, des membres de leur famille qui bénéficiaient des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

Les conditions requises afin de bénéficier du maintien des garanties, issu de l'article précité, sont les suivantes :

- la cessation du contrat de travail ne doit pas être consécutive à une faute lourde,
- l'ancien Salarié doit remplir les conditions lui permettant de bénéficier de l'assurance chômage.

Bénéficiaire également des garanties de l'adhésion, dans les conditions de cet article, les anciens salariés toujours Bénéficiaires de cette portabilité à la date d'effet de l'adhésion.

Au titre de ce maintien, aucune cotisation ne peut être exigée de l'ancien salarié, après la date de cessation de son contrat de travail.

13.2 Point de départ et durée du maintien des garanties

Sous réserve que l'ancien Salarié remplisse les conditions énumérées ci-dessus, le maintien des garanties débute à la date de cessation de son contrat de travail et se poursuit pendant une durée égale (en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur) à celle de son dernier contrat de travail, ou de ses derniers contrats de travail successifs au sein de l'Entreprise adhérente, sans que cette durée ne puisse être supérieure à 12 mois.

13.3 Formalités à accomplir

Par l'Entreprise adhérente

- Remettre à l'ancien Salarié en situation de bénéficiaire des dispositions de l'article L 911-8 du code de la Sécurité sociale le document de maintien des garanties à retourner à l'Assureur dûment complété et signé par l'ancien Salarié, avant la date de cessation de son contrat de travail.

Ce document permet à l'Entreprise adhérente d'informer l'Assureur d'une cessation de contrat de travail ouvrant droit au maintien des garanties, et d'indiquer sa durée maximale.

Cette formalité vise également les anciens salariés toujours Bénéficiaires de la portabilité à la date d'effet de l'adhésion.

Par l'ancien Salarié

- À l'ouverture et en cours de période de maintien des garanties, l'ancien Salarié devra justifier auprès de l'Assureur qu'il remplit les conditions prévues par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

13.4 Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles du contrat Socle Santé. Elles sont mises en œuvre dans les conditions prévues dans la Notice d'information.

Lorsque les garanties de l'adhésion de l'Entreprise adhérente sont modifiées, l'Entreprise adhérente en informera son ancien salarié en lui remettant une nouvelle Notice d'information.



13.5 Cessation des garanties

Les garanties cessent obligatoirement pour chaque ancien Salarié bénéficiant de ce maintien :

- lorsqu'il cesse de percevoir ses allocations du régime d'assurance chômage et, au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévue à l'article L 911-8 du code de la Sécurité sociale,
- en cas et à la date de résiliation de l'adhésion de l'Entreprise adhérente.

Toutefois les anciens Salariés qui cessent de bénéficier des garanties au terme de la période de maintien peuvent s'ils sont toujours privés d'emploi et titulaires d'un revenu de remplacement, conserver une couverture santé en adhérant au contrat que l'Assureur a mis en œuvre à cet effet, à la condition d'en faire la demande dans les six mois qui suivent le terme de la période de maintien de garanties.

13.6 Les obligations de l'Entreprise adhérente

Elle s'engage :

- à informer l'Assureur de toute cessation de contrat de travail intervenant dans les conditions visées au 13.1, en envoyant à l'Assureur avant la date de cessation du contrat de travail du Salarié concerné le formulaire de maintien des garanties,
- à informer par écrit les anciens Salariés des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction ou suspension des garanties, toute modification tarifaire ou résiliation de l'Adhésion, conformément au Code des assurances.

Article 14 – Information relative à la proposition de maintien de couverture frais de santé prévue par l'article 4 de la loi du 31/12/1989 (dite « Loi Evin »)

Conformément à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, toute personne qui cesse de bénéficier pour l'une des raisons indiquées ci-après des garanties peut conserver une couverture santé en adhérant au contrat que l'Assureur a mis en œuvre à cet effet, à la condition d'en faire la demande dans les six mois qui suivent :

- la rupture du contrat de travail pour l'ancien Salarié tel que défini ci-après,
- la date du décès du Salarié en ce qui concerne les membres de sa famille,
- la fin de la période de maintien des garanties tel que prévu à l'article 13.

Peuvent demander leur adhésion au contrat mis en œuvre à cet effet, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux :

- l'ancien salarié qui, en raison de la cessation de son contrat de travail (ou à l'issue de la période de maintien dans le présent contrat) a cessé de bénéficier de la garantie et qui perçoit :
 - soit une rente d'incapacité ou d'invalidité,
 - soit une pension de retraite ou d'inaptitude au travail,
 - soit un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi,
- les membres Bénéficiaires de la famille de l'ancien Salarié qui cessent également de bénéficier des garanties en raison du décès du Salarié.

L'Entreprise adhérente doit informer l'Assureur, de chaque cessation de contrat de travail dans les conditions précitées ou du décès d'un Salarié, dans un délai de 30 jours maximum à compter de la survenance de l'un de ces deux événements.

- Une lettre d'information relative à la possibilité de demander le maintien de couverture sera adressée par l'Assureur :
- à l'ancien Salarié percevant une rente d'incapacité ou d'invalidité, une pension de retraite ou d'inaptitude au travail, un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi, dans un délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties visé à l'article 13,
 - aux personnes garanties du chef du Salarié décédé, dans un délai de deux mois à compter du décès du Salarié.



5. Autres dispositions

Article 15 – Autres dispositions

15.1 Clause de globalisation des résultats

Au titre de chaque exercice civil du contrat Socle Santé auquel ont adhéré les Entreprises, l'Assureur établit un compte de résultats en fonction des ressources et des charges qui lui sont imputables.

Il pourra éventuellement procéder, si le compte de résultats devient déficitaire, à une révision tarifaire dans les conditions fixées à l'article 8.1.3. Dans ce cas, les Entreprises adhérentes en seront informées au moins 2 mois avant le renouvellement.

15.2 Révision de l'adhésion

Les conditions de l'adhésion tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires, notamment du Code de la Sécurité sociale et du Code général des impôts en vigueur à la date d'effet de celui-ci.

Si celles-ci venaient à être modifiées au cours de l'adhésion, l'Assureur se réserve la possibilité de procéder à une révision de l'adhésion, au plus tôt à compter de la date d'effet des nouvelles dispositions.

Lorsque l'adhésion au contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel et que les garanties du contrat correspondent exactement au régime de base mis en place par cette convention, l'Assureur se réserve, le cas échéant, la possibilité de modifier l'adhésion en cas de modification de ce régime de base.

Dans tous les cas, l'Entreprise adhérente conserve néanmoins la possibilité de demander dans les trente jours suivant la notification de la révision ou de la modification, la résiliation de son Adhésion sans délai de préavis.

Article 16 – Territorialité

Sauf stipulation contraire mentionnée au certificat d'adhésion, les garanties sont acquises :

- aux Salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale exerçant leur activité en France ou dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen,
- aux Salariés détachés pour mission hors des États composant l'Espace Économique Européen.

Article 17 – Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L 114-1 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 L 114-2 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 adressée 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 L 114-3 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 L 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, L'assureur invite à consulter le site Officiel « www.legifrance.gouv.fr ».

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.

Article 18 – Recours

Conformément au Code des assurances, le Bénéficiaire des prestations donne à l'Assureur subrogation en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

Toutefois l'Assureur renonce à toute action récursoire à l'encontre de l'Entreprise adhérente.



Article 19 – Médiation et réclamation

L'interlocuteur habituel d'Allianz France est en mesure d'étudier toutes les demandes et réclamations.

Si, au terme de cet examen, les réponses données ne vous satisfaisaient pas, vous pouvez adresser une réclamation à :
Allianz Relation Clients - Case Courrier S1803 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

Courriel : clients@allianz.fr

Allianz France adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif relatif à une garantie, vous aurez la faculté de faire appel au Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, dont les coordonnées postales sont les suivantes : BP 290 – 75425 Paris Cedex 09, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Article 20 – Autorité de contrôle

L'instance chargée de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assurance est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Article 21 – Service e-courrier

En communiquant à l'Assureur, lors de l'affiliation ou postérieurement à celle-ci, son adresse de messagerie électronique, le salarié :

- est informé qu'il bénéficie du Service e-courrier dont les modalités sont décrites ci-après ;
- accepte qu'elle soit utilisée par l'Assureur pour lui communiquer des courriers de gestion ou d'information afférents à son affiliation.

Le présent service est réservé au :

Salarié affilié au présent contrat d'assurance, abonné à l'Espace Client du site internet www.allianz.fr, ci-après dénommé le Client.

Définitions

- Espace Client : désigne l'Espace Client « Allianz.fr », sécurisé, accessible par le Client au moyen d'un identifiant personnel et d'un code confidentiel à partir du site internet www.allianz.fr, et proposant le Service.
- Service : désigne la communication au Client, à la suite d'un message électronique d'alerte, de e-courriers accessibles dans son Espace Client au moyen de son identifiant personnel et de son code confidentiel. Selon la nature du contrat souscrit et le profil du Client, les fonctionnalités offertes dans le cadre du Service peuvent varier.
- E-courriers : désigne des courriers sous format électronique communiqués par Allianz au Client et accessibles à partir de son Espace Client, et relatifs à la gestion et au suivi de son affiliation auprès d'Allianz. Le Client est informé que tous les courriers de gestion ou d'information afférents son affiliation ne sont pas éligibles au Service.

Accès et utilisation du service

Le Service est accessible depuis l'Espace Client, après identification au moyen d'un identifiant et d'un code confidentiel.

L'utilisation concomitante de l'identifiant et du code confidentiel constitue la preuve de l'identité du Client. Toute connexion effectuée dans l'Espace Client et toute utilisation du Service réalisé par le biais de l'identifiant et du code confidentiel sont réputés être effectués par le Client, seul titulaire de ces codes confidentiels.

L'accès à l'Espace Client et son utilisation du Service supposent que le Client dispose d'une adresse de messagerie électronique ou d'un numéro de téléphone valide ainsi que de tous matériels et logiciels nécessaires à la navigation sur internet et à l'ouverture et la sauvegarde des e-courriers.

Il appartient au Client de vérifier régulièrement l'adresse de messagerie électronique et le(s) numéro(s) de téléphone figurant dans son Espace Client. En cas de modification de l'un ou l'autre, le Client doit procéder lui-même à cette modification dans son Espace Client.

En l'absence d'adresse électronique ou de numéro de téléphone valide, l'Assureur ne pourra en être tenu pour responsable. Toutes les conséquences directes ou indirectes résultant de l'utilisation par l'Assureur ou son Conseiller d'une adresse de messagerie électronique ou d'un numéro de téléphone erroné relève de la seule responsabilité du Client.

L'accès et l'utilisation de l'Espace Client et du Service s'effectuent sous les seuls contrôles, risques et responsabilités du Client. Les e-courriers sont communiqués au Client dans son Espace Client. Ce Service donne alors la possibilité au Client de télécharger, sauvegarder, imprimer ses e-courriers.



Afin de permettre au Client d'être informé de la communication de ses e-courriers dans son Espace Client, il est convenu entre les Parties que l'Assureur puisse lui adresser un courrier électronique d'alerte sur son adresse de messagerie électronique ou un SMS sur l'un de ses numéros de téléphone, ou une alerte via tout autre moyen de communication électronique, ce que le Client accepte.

Durée et résiliation

Le Service est à durée indéterminée.

Le Client est informé qu'il peut à tout moment, dans son Espace Client, résilier le Service.

Le Client est informé que les e-courriers jusque-là communiqués dans son Espace Client resteront accessibles pendant un délai minimum de trois ans. Toutefois, ce délai est ramené à 6 mois à compter de la résiliation [la fin du contrat/adhésion] du dernier contrat/adhésion d'assurance en cours et actif dans l'Espace Client selon les modalités précisées ci-dessous.

La résiliation du Service à l'initiative du Client prend effet au plus tard sept jours après celle-ci et implique un retour automatique à l'envoi des documents papier.

Le Client conserve la possibilité d'accéder à nouveau et à tout moment au Service s'il le souhaite, hormis dans le cas où il n'existe plus de contrat [adhésion] en cours et actif dans son Espace Client.

De même, la résiliation [la fin] de l'un des contrats d'assurances [de l'une des adhésions] à l'initiative de l'une ou l'autre des Parties met fin au Service et entraîne les conséquences telles que décrites ci-dessus.

L'attention du Client est attirée sur la nécessité, si cela n'a pas déjà été fait au préalable, de télécharger, sauvegarder ou imprimer à sa convenance, au moment de la résiliation [la fin] du Service ou de l'un des contrats d'assurances [de l'une des adhésions], tous les e-courriers jusque-là accessibles via son Espace Client.

La résiliation [la fin du contrat/adhésion] entre les Parties du dernier contrat/adhésion d'assurance en cours et actif dans l'Espace Client, met fin au Service et entraîne les conséquences suivantes :

- Les éventuels courriers postérieurs à la résiliation du dernier contrat/adhésion d'assurance [la fin du contrat/adhésion] pour lesquels il bénéficiait du Service, seront adressés au Client sous format papier.
- Les e-courriers jusque-là stockés dans son Espace Client au titre de tous les contrats d'assurance qui avaient été souscrits entre les Parties, resteront accessibles pendant un délai de six mois après la résiliation [la fin] effective du dernier contrat/adhésion.

Cet accès à ses e-courriers pendant ce délai de 6 mois pourra uniquement être effectué par le Client, via un lien hypertexte contenu dans un e-mail d'alerte qui lui sera adressé lors de la résiliation [la fin] effective du dernier contrat/adhésion.

Passé ce délai, la destruction de l'Espace Client par Allianz, ne permettra plus au Client d'accéder à ses e-courriers.

Convention de preuve

En raison des limites de confidentialité des e-mails et de leurs pièces jointes, les Parties conviennent que toute communication d'informations contenues dans les e-courriers relatifs à la gestion et au suivi des affiliations auprès d'Allianz, s'effectuera via l'Espace Client dont l'objectif est de garantir la sécurisation et la confidentialité de leur contenu transmis au Client.

Le Client est informé que des informations lui ont été communiquées par e-courriers et sont disponibles dans son Espace Client par des alertes effectuées par message électronique dans les conditions prévues à l'article « Accès et utilisation du Service » ci-dessus. A ce titre, le Client accepte ce mode de transmission et reconnaît qu'il constitue en droit et en fait communication et remise desdites informations.

Lorsque ces e-courriers font courir un délai pour l'exercice d'un droit ou d'une faculté au profit ou à l'encontre du Client, les Parties conviennent que le point de départ de ce délai est la date à laquelle l'e-courrier est accessible via l'Espace Client et dont le Client a été informé dans les conditions prévues à l'article « Accès et utilisation du Service » ci-dessus. Cette date figure dans l'Espace Client en lien avec l'e-courrier en question.

Les Parties conviennent que les e-courriers accessibles via l'Espace Client ont quant à leur existence et leur contenu la même valeur probante qu'un courrier papier. Le Client dispose en tout état de cause du droit d'administrer la preuve contraire.

Les Parties sont susceptibles de produire les e-courriers, en tant que preuve en cas de litiges, y compris dans ceux qui les opposent.

Stockage des e-courriers

Le Client est informé que les e-courriers sont stockés dans les systèmes informatiques hébergés auprès d'Allianz Informatique - GIE - 1, cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex -723 000 642 RCS Nanterre.



Lexique

Socle Santé

Contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'employeur. La date d'effet des garanties du Socle Entreprise correspond à la date à partir de laquelle les garanties peuvent être mises en jeu.

ADPS

Association de Prévoyance Santé (ADPS), association régie par la loi du 1er juillet 1901, déclarée à la Préfecture des Hauts de Seine sous le n° W922002348

Siège social : Tour Neptune – CC 0804 – 20 place de Seine – La Défense 1 – 92400 Courbevoie. Les statuts sont consultables à l'adresse suivante : www.adps-sante.fr.

Base de remboursement de la Sécurité sociale

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'Autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement.
- Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Certificat de couverture

Document constatant l'affiliation obligatoire du Salarié au contrat Socle Santé. Il décrit les garanties du Socle choisies par l'employeur. Il est fourni à la demande du salarié.

Contrat d'accès aux soins

Le contrat d'accès aux soins a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012 afin d'encadrer les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2 (honoraires libres) et, en parallèle, de permettre une meilleure prise en charge des patients. Les patients sont remboursés sur la base des tarifs du secteur 1 : l'écart de remboursement entre secteurs 1 et 2 est supprimé pour les adhérents au contrat.

Date d'effet du Contrat Socle Santé

La date d'effet des garanties du Contrat Socle Santé correspond à la date à partir de laquelle les garanties peuvent être mises en jeu.

Dentaire

- Inlay – Onlay :
C'est une pièce coulée en laboratoire à partir de l'empreinte de la cavité. Lorsqu'une grosse carie ne peut plus être traitée par un amalgame classique (plombage) le chirurgien-dentiste colle un Inlay/Onlay sur votre dent.
- Couronne :
Une couronne recouvre une dent abîmée. Elle nécessite la présence d'une racine. Elle peut être réalisée en différents matériaux. Les plus couramment utilisés sont la céramique sur métal non précieux et le métal non précieux. La couronne en céramique est plus esthétique, elle est réalisée dans une teinte proche de celle de vos dents. Elle peut toutefois être plus fragile l'Assureur ne la recommande pas pour les dents du fond de la bouche, une couronne en métal non précieux est préférable.
Pour les autres couronnes en métal, le métal précieux ou semi précieux n'est recommandé qu'en cas d'allergie.
Selon l'état de la dent, la couronne est posée seule ou sur un Inlay Core (qui s'insère à l'intérieur de la racine) et sur lequel la couronne sera scellée.



- **Bridge :**
Un bridge est nécessaire quand une ou plusieurs dents sont absentes. Les dents de part et d'autre sont les piliers et doivent être couronnées. Les dents absentes sont remplacées par des inter de bridge.
- **Implant :**
L'implant permet de remplacer une dent manquante. C'est un support inséré dans l'os qui remplace la racine de la dent absente.
Une prothèse est ensuite fixée dans l'implant racine. Elle est composée d'un pilier implantaire et d'une couronne.
- **Orthodontie :**
Des dents mal positionnées ou mal alignées rendent parfois le nettoyage difficile favorisant l'apparition des caries, l'inflammation des gencives et peuvent gêner le fonctionnement de la mâchoire.
Le traitement orthodontique permet de ramener les dents à une meilleure position en exerçant une contrainte pendant plusieurs mois.
Il est généralement réalisé vers 10-12 ans pour une durée de 6 mois à 3 ans.
La Sécurité sociale prend en charge les semestres de traitement orthodontique jusqu'à l'âge de 16 ans à 100 % de la base de remboursement dudit organisme.

Dépassement d'honoraires

Somme qu'un praticien peut demander de payer au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Entreprise adhérente

Personne physique ou morale membre de l'Association ADPS, ayant signé le certificat d'adhésion au contrat « Allianz Composio Entreprise ». Elle est le payeur des cotisations du Contrat Socle Santé.

Forfait journalier

Somme journalière restant à votre charge pour toute hospitalisation. Son montant est fixé par arrêté. Cette somme sert à payer les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par l'hospitalisation. Certains patients en sont dispensés : par exemple, les personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, les femmes au cours des derniers mois de leur grossesse et après l'accouchement

Frais réels

Dépense réellement engagée.

Franchises médicales

Sommes déduites des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elles ne peuvent pas être prises en charge par votre contrat d'assurance responsable.

Kit d'Affiliation

Document servant à formaliser l'affiliation obligatoire du salarié au contrat Socle Santé. Ce document est complété par le Salarié et adressé à l'Assureur par ses soins

Optique

- **Verres simples :**
Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.
- **Verres complexes :**
 - Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries
 - Verre simple foyer dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries
 - Verre multifocal ou progressif



- Verres très complexes :
 - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries
 - Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

Parcours de soins

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant. Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

Plafond Annuel de la Sécurité sociale/Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

Valeurs de référence exprimées en euros servant de base au calcul des cotisations et prestations sociales. Le plafond de la Sécurité sociale est fixé chaque année par arrêté du Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Il est consultable à l'adresse suivante :

<http://www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/chiffres-utiles/plafond-de-la-securite-sociale.php>

Remboursement de la Sécurité sociale

Somme que la Sécurité sociale rembourse.

Salarié

Dans le contrat Socle Santé, le Salarié est une personne physique salariée de l'Entreprise adhérente, faisant partie de la catégorie de personnel assuré et ayant signé la demande individuelle d'affiliation.

Secteur conventionné

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession.

Les tarifs pratiqués par les médecins et le montant qui sert de base de remboursement à l'Assurance Maladie varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'activité (secteur 1 ou secteur 2).

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel. Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de votre part, comme par exemple une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet de votre médecin. Ces dépassements ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, que vous soyez dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou non.

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres.

Il est en effet autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

Secteur non conventionné

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité ».



Sécurité sociale

A chaque fois qu'il est fait référence à la Sécurité sociale, il faut entendre le Régime Général de la Sécurité sociale et pour les Bénéficiaires en relevant, le Régime Local d'assurance Maladie des départements de Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Télétransmission

Système informatique de transmission des dossiers de remboursements de la Sécurité sociale vers l'Assureur.

Tiers payant

Système de paiement qui évite au Salarié de faire l'avance des frais de santé auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés.

Ticket modérateur

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par cet organisme.

Il est à distinguer du « Reste à charge » qui est la part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui est constitué :

- du ticket modérateur,
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.



Renforts Santé

Notice d'information

Assurance Allianz

Avec vous de A à Z

Allianz 



| | |
|--|-----------|
| 1. Présentation du contrat collectif Renforts Santé | 4 |
| Article 1 – Préambule | 4 |
| Article 2 – Objet du contrat collectif Renforts Santé | 4 |
| Article 3 – Les garanties du contrat collectif Renforts Santé | 4 |
| 3.1 Nature des garanties | 4 |
| 3.2 Montant des prestations | 5 |
| 3.3 Les tableaux de garanties | 5 |
| 3.4 Allianz Santé Services | 6 |
| Article 4 – Les bénéficiaires du contrat collectif Renforts Santé | 8 |
| 2. Dispositions relatives à l'adhésion | 9 |
| Article 5 – L'adhésion du Salarié | 9 |
| Article 6 – Effet, durée et renouvellement de l'adhésion | 9 |
| Article 7 – Modification des Renforts facultatifs | 9 |
| Article 8 – Cessation ou suspension des garanties | 10 |
| Article 9 – Les cotisations dues par le Salarié | 10 |
| 9.1 Taux et base de calcul | 10 |
| 9.2 Paiement des cotisations de l'adhésion au contrat Renforts Santé | 11 |
| 9.3 Non-paiement des cotisations | 11 |
| Article 10 – Le règlement des prestations | 11 |
| 10.1 Comment ne pas faire l'avance des frais ? | 11 |
| 10.2 Les formalités à effectuer en cas de sinistre | 11 |
| 10.3 La confidentialité médicale | 12 |
| 10.4 Contrôle médical | 12 |
| 3. Socle bis | 13 |
| Article 11 – Définition du Socle bis | 13 |
| 4. Autres dispositions | 14 |
| Article 12 – Autres dispositions | 14 |
| 12.1 Clause de globalisation des résultats | 14 |
| 12.2 Révision de l'adhésion | 14 |
| Article 13 – Territorialité | 14 |
| Article 14 – Renonciation | 14 |
| Article 15 – Vente à distance | 15 |
| Article 16 – Prescription | 16 |
| Article 17 – Recours | 17 |
| Article 18 – Médiation et réclamation | 17 |



Article 19 – Autorité de contrôle

18

Lexique

19



1. Présentation du contrat collectif Renforts Santé

Article 1 – Préambule

Le Contrat Renforts Santé est un contrat collectif établi sous le n° 80 002, régi par le code des assurances, souscrit auprès d'Allianz Vie – dénommée « l'Assureur », par l'Association de Prévoyance Santé (ADPS), association à but non lucratif régie par la loi du 1er Juillet 1901, Tour Neptune – CC0804 – 20, place de Seine – La Défense 1 – 92400 Courbevoie, dénommée « l'association contractante », au profit de ses adhérents dénommés « Salariés ».

L'ADPS a pour objet :

- de susciter et de développer parmi ses adhérents la prévention en matière de Santé et de Prévoyance et l'épargne en vue de la constitution volontaire de retraite, notamment par la souscription pour ses adhérents Travailleurs Non Salariés et Professions libérales auprès de l'entreprise d'assurance partenaire de contrats d'assurance collectifs à adhésion facultative répondant aux besoins de retraite, de prévoyance, de dépendance et de santé de ses adhérents ;
- de permettre à ses membres personnes morales d'adhérer au profit de leurs salariés à des contrats d'assurance de groupe à caractère collectif, dans le cadre de conventions d'assurance souscrites par l'Association auprès de l'Assureur partenaire ;
- de participer à la prévention par :
 - la diffusion d'informations et de conseils intéressant la protection de la santé,
 - la promotion d'initiatives visant à la formation et à l'éducation en matière de santé,
 - le soutien à la recherche médicale.
- de rendre ses adhérents et ses membres attentifs à l'évolution et à la maîtrise des dépenses de santé ;
- de développer l'aide sociale au profit de ses adhérents et éventuellement en faveur d'organismes extérieurs ;
- de soutenir par tous moyens :
 - des actions envers les jeunes ou les adultes, dans le cadre de leur préservation, intégration ou réintégration sociale,
 - des actions visant à faire la promotion, la défense et le développement de l'Association.

Le contrat collectif Renforts Santé est réservé aux seuls membres de l'association ADPS à jour de leur cotisation annuelle à l'association.

Le contrat collectif d'assurance prend effet le 1^{er} janvier 2017 et dure jusqu'au 31 décembre 2017. Il se renouvelle ensuite annuellement, chaque 1^{er} janvier, par tacite reconduction. Le contrat peut chaque année être résilié au 31 décembre par l'Assureur ou l'association contractante moyennant un préavis de 6 mois.

En cas de résiliation du contrat collectif, les Salariés en seront informés moyennant un préavis de 3 mois avant la date d'effet de la résiliation et continueront à bénéficier des garanties souscrites jusqu'au terme de leur adhésion soit le 31 décembre.

Les caractéristiques et le fonctionnement du contrat Renforts Santé sont définis dans la présente Notice d'information.

Article 2 – Objet du contrat collectif Renforts Santé

Il a pour objet de faire bénéficier les adhérents, dénommés « Salariés », de remboursements de tout ou partie de leurs dépenses de santé dans les conditions fixées dans la notice.

Le contrat Renforts Santé se compose :

- De Renforts facultatifs choisis par le Salarié, venant en complément des prestations du contrat entreprise Socle Santé auquel il est affilié.
- D'un Socle bis, permettant au salarié d'assurer ses ayants droit à un niveau équivalent à ses garanties Socle Santé

Les garanties Renforts Santé sont proposées selon 5 modules indépendants. Pour chacun de ces modules, le Salarié sélectionne un niveau parmi les choix possibles proposés, les possibilités proposées étant fonction du choix de l'entreprise au titre du contrat Socle Santé. Le niveau d'un Renfort ne peut pour chacun des modules excéder 3 niveaux de plus que le niveau du Socle.

Article 3 – Les garanties du contrat collectif Renforts Santé

3.1 Nature des garanties

L'Assureur rembourse au Salarié les frais engagés par les bénéficiaires définis à l'article 4 sur la base des montants des prestations et des limitations prévues au certificat de couverture santé.



Les prestations sont complémentaires aux prestations en nature des assurances Maladie et Maternité de la Sécurité sociale et leur attribution est subordonnée à la prise en charge et à la déclaration à cet Organisme des frais engagés par le bénéficiaire, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

Sous réserve des prestations du Socle bis, les prestations dues au titre du contrat Renforts Santé sont subordonnées au versement des prestations dues au titre du contrat Socle Santé.

Les garanties frais de santé du contrat Renforts Santé ne prennent pas en charge :

- les dépassements d'honoraires autorisés et la majoration de participation du patient en cas de non-respect du parcours de soins,
- la participation forfaitaire et les franchises respectivement prévues aux paragraphes II et III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont les montants sont fixés par décret.

3.2 Montant des prestations

Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais selon les modalités demandées par le Salarié sur le Kit d'affiliation, compte tenu des versements de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.

Pour le calcul des frais exposés hors de France, l'Assureur prend en compte, si nécessaire, le taux de change moyen dans le trimestre civil qui précède la date des soins.

Limitation aux frais réels :

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, 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 la charge du Salarié assuré après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

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

Pour l'application des dispositions ci-dessus, l'Assureur détermine la limitation au montant des frais restant à charge du Salarié pour chacun des actes ou postes de frais.

3.3 Les tableaux de garanties

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) ou en pourcentage des frais réels (FR) ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) ou selon le ticket modérateur (TM) ou en euros, s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale (RSS) sauf lorsque le contraire est précisé.

Les prestations s'ajoutent, le cas échéant, aux remboursements de la Sécurité sociale. Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

Hospitalisation

Les garanties choisies par l'entreprise adhérente sont détaillées dans le tableau de garanties annexé à la présente notice d'information.

Au titre de l'hospitalisation, l'Assureur ne prend en charge que les frais exposés en clinique ou en hôpital ainsi que les frais suivants :

- Si le séjour, pris en charge par la Sécurité sociale, s'effectue dans un hôpital ou une clinique, les garanties figurant au certificat d'adhésion sont appliquées quelle que soit la nature de l'hospitalisation ;
- Si le séjour, pris en charge par la Sécurité sociale, s'effectue dans un autre établissement, les garanties figurant au certificat d'adhésion sont appliquées :
 - s'il est précédé d'une hospitalisation de plus de trente jours ;
 - ou s'il fait suite à une intervention chirurgicale exonérée du ticket modérateur ;
 - ou s'il fait suite à une hospitalisation à domicile.
- Dans les autres cas, pour les séjours pris en charge par la Sécurité sociale dans les établissements hospitaliers prévus à l'article L 174-4 du code de la Sécurité sociale, la prise en charge est limitée au ticket modérateur et à la prise en charge du forfait journalier.

En cas de frais engagés à l'étranger, le montant du remboursement des frais liés à une hospitalisation est limité à 200 % du montant remboursé par la Sécurité sociale.

Soins courants

Les garanties choisies par l'entreprise adhérente sont détaillées dans le tableau de garanties annexé à la présente notice d'information.



Optique

Les garanties choisies par l'entreprise adhérente sont détaillées dans le tableau de garanties annexé à la présente notice d'information.

Le remboursement des montures ne peut dépasser 150 euros et vient en déduction des plafonds des garanties.

Cette garantie optique s'applique, une fois tous les 2 ans dans la limite d'un équipement tous les deux ans à compter de l'achat, aux équipements composés d'une monture et de deux verres. Sauf pour les mineurs et en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, dans ces deux cas, elle s'applique chaque année.

- Verres simples :
 - Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.
- Verres complexes :
 - Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries
 - Verre simple foyer dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries
 - Verre multifocal ou progressif
- Verres très complexes :
 - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries
 - Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

Dentaire

Les garanties choisies par l'entreprise adhérente sont détaillées dans le tableau de garanties annexé à la présente notice d'information.

Médecine douce

Les garanties choisies par l'entreprise adhérente sont détaillées dans le tableau de garanties annexé à la présente notice d'information.

3.4 Allianz Santé Services

3.4.1 Objet

Allianz Santé Service est un ensemble de services et de prestations délivrés par Santéclair au profit des bénéficiaires tels que définis à l'article 4 de la notice du contrat Renforts Santé pour leur permettre principalement de diminuer leur reste à charge tout en bénéficiant de soins et d'information de qualité.

3.4.2 Services fournis par Santéclair – description et procédure

3.4.2.1 Analyse de devis - conseil

Les services mis à disposition par Santéclair concernent l'analyse de 9 (neuf) devis décrits ci-dessous :

- prothèses dentaires, implantologie, parodontie et orthodontie,
- lunettes, lentilles, chirurgie réfractive,
- audioprothèses,
- honoraires chirurgicaux.

3.4.2.2 Descriptif

Santéclair analyse les imprimés devis reçus des bénéficiaires concernant des dépenses dans le domaine dentaire, soit, plus précisément, les prothèses dentaires, les implants, les traitements d'orthodontie et de parodontie, ainsi que, dans le domaine de l'optique, les lunettes, les lentilles et la chirurgie réfractive, ainsi que dans le domaine de la correction prothétique des troubles auditifs et des dépassements d'honoraires pratiqués lors d'acte de chirurgie ou d'obstétrique.

L'analyse du devis a pour objet de renseigner le bénéficiaire sur l'adéquation de la proposition à ses besoins et au prix proposé par rapport au marché.

3.4.2.3 Procédure de traitement des devis

Chaque bénéficiaire peut se procurer un modèle de chaque imprimé devis sur simple demande à Santéclair ou directement sous son espace client allianz.fr.

Lorsqu'un achat d'équipement optique (lunettes ou lentilles), une pose de prothèse dentaire, d'implant ou un traitement d'orthodontie, de parodontie, d'une chirurgie réfractive ou de toute autre chirurgie programmée en secteur 2 et la pose d'une prothèse auditive est envisagée, le bénéficiaire fait remplir le devis correspondant par le praticien de son choix.



Ce devis est transmis par le bénéficiaire à Santéclair par courrier, fax ou par e-mail. Le bénéficiaire dispose d'un numéro de téléphone dédié.

Le bénéficiaire est contacté dans un délai maximum de 72 heures soit par courrier, soit par téléphone selon le résultat de l'étude du devis.

Le conseiller santé de Santéclair, après analyse du devis au moyen du système informatique mis à sa disposition, communique au bénéficiaire les informations sur les pratiques et les prix en rapport avec le type de devis ainsi que les montants éventuels pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire, par la garantie complémentaire et l'indication du « reste à charge ».

Le conseiller santé donne toutes les informations techniques relatives à la prestation concernée par le devis, permettant au bénéficiaire de négocier directement le devis auprès de son praticien s'il le désire.

Le bénéficiaire reste libre d'utiliser à sa convenance les informations fournies par Santéclair.

Santéclair peut se charger, à la demande du bénéficiaire, d'une renégociation auprès du professionnel de santé concerné. Dans ce cas, ce sont les consultants de Santéclair (opticiens, dentistes, orthodontistes, audioprothésistes, médecins etc.) qui prennent contact avec le professionnel de santé afin d'ajuster l'offre aux besoins du client et, le cas échéant, de renégocier le tarif.

En aucun cas, Santéclair ne se substitue au professionnel de santé qui reste le seul décideur des traitements et prestations proposés.

Le conseiller santé rappellera le bénéficiaire, selon sa convenance, pour l'informer des résultats de la négociation menée par le consultant de Santéclair auprès de son praticien.

Santéclair adressera, à chaque bénéficiaire ayant utilisé le service devis, une lettre de fin de conseil mentionnant une estimation de remboursement dans le domaine dentaire, devis chirurgical et audioprothèse.

3.4.3 Accès à 7 réseaux de partenaires Santéclair

3.4.3.1 Descriptif

Santéclair a conclu un contrat reconductible annuellement avec des praticiens, professionnels de santé ou établissements de santé s'engageant à ne pas dépasser un tarif maximum pour un certain nombre de prestations, à respecter un cahier des charges qualité ainsi qu'une procédure de tiers payant à la demande du bénéficiaire pour les 5 premiers réseaux cités ci-dessous.

En optique et en dentaire, le bénéficiaire peut disposer d'un reste à charge réduit notamment grâce aux bonus Santéclair présents dans les garanties « Allianz Compositio Entreprise » (niveaux 2 à 7).

Cet accord de partenariat a permis de constituer 7 réseaux :

- un réseau national d'opticiens partenaires,
- un réseau national de chirurgiens dentistes partenaires,
- un réseau de centres de chirurgie réfractive,
- un réseau d'audioprothésistes,
- un réseau d'implantologues dentaires spécialistes,
- un réseau de diététiciennes,
- un réseau d'ostéopathes et chiropracteurs,
- un réseau orthopédique.

3.4.3.2 Procédure d'utilisation des réseaux de partenaires Santéclair

Sur simple appel téléphonique ou interrogation sur l'espace client allianz.fr, le conseiller Santéclair ou l'outil de géolocalisation fournit au bénéficiaire, les coordonnées précises d'au moins trois partenaires les plus proches du lieu indiqué par le demandeur. Les bases de données Santéclair permettent de donner au bénéficiaire toutes les informations sur les engagements contractuels pris par les professionnels de santé partenaires de Santéclair.

Le bénéficiaire se rend auprès du praticien partenaire de son choix en indiquant qu'il bénéficie des services Santéclair et qu'il souhaite le tiers-payant.

Le praticien vérifie l'attestation de tiers-payant comportant la mention Santéclair.

Allianz, règle directement le praticien du montant porté sur la facture au plus tard dans les dix jours suivant la réception de la facture.



3.4.3.3 Accès à des services web*

- Santéclair met à disposition des bénéficiaires des services accessibles à partir de l'espace client allianz.fr :
- un site permettant la géolocalisation des partenaires des réseaux Santéclair,
 - un site d'aide à l'automédication,
 - un guide d'information hospitalières,
 - un site d'aide au choix de son lieu d'hospitalisation (OWIH),
 - des sites d'achat de lunettes et de lentilles à des tarifs attractifs,
 - un service téléphonique de diététiciennes,
 - une application permettant de calculer le reste à charge sur le devis dentaire.

3.4.3.4 Accès à des services via smartphone

- Santéclair met à disposition des bénéficiaires des applicatifs clés en main intégrables aux applications mobiles :
- Application géolocalisation des partenaires.

3.4.4 Engagements de Santéclair

Santéclair met à la disposition des bénéficiaires du contrat Renforts Santé des moyens et une logistique pour répondre à leurs demandes.

3.4.4.1 Téléphonie et organisation

La plateforme téléphonique (0 970 809 825) est ouverte du lundi au vendredi (hors jours fériés) de 9h00 à 19h30 et le samedi de 9h00 à 17h00.

3.4.4.2 Délai de réponse et de traitement

- Délivrance des accords de tiers-payant optique (pour tout dossier complet et respectant le contrat de partenariat) : 24h
- Délivrance des accords de tiers-payant dentaire, audioprothèse, chirurgie réfractive (pour tout dossier complet et respectant le contrat de partenariat) : 48h. En dentaire, le délai est de 72h dès lors que le dossier est transmis au contrôle médical de Santéclair.
- Traitement des devis reçus des adhérents : restitution réalisée à l'adhérent en 72h maximum pour tout dossier reçu complet.

Article 4 – Les bénéficiaires du contrat collectif Renforts Santé

Les Salariés et les membres de leur famille désignés ci-après bénéficiant d'un régime de la Sécurité sociale sont considérés comme bénéficiaires du contrat collectif Renforts Santé :

- le conjoint
L'Assureur entend par conjoint, le conjoint du Salarié marié ou à défaut le partenaire lié par un Pacte civil de Solidarité « PACS » au Salarié assuré, ou à défaut le concubin du Salarié. Est considérée comme concubin, la personne vivant maritalement avec le Salarié sous réserve que les deux conditions cumulatives suivantes soient remplies :
 - qu'ils soient tous deux libres de tout lien matrimonial,
 - que le Salarié ait déclaré son concubinage lors de son affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à sa date d'affiliation, avec production de tout justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif ;
- les enfants ayant droit aux prestations d'un régime de la Sécurité sociale du fait de l'immatriculation du Salarié ou de son conjoint, visés à l'article L 313-3 du Code de la Sécurité sociale, ou lorsqu'ils n'ont plus ce droit du fait de leur âge :
 - et jusqu'à la fin du trimestre civil de leur 28e anniversaire : s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale des Étudiants,
 - s'ils suivent une formation sous contrat en alternance,
 - s'ils sont inscrits à Pôle emploi et à la recherche d'un premier emploi depuis moins d'un an, étant précisé que le contrat en alternance n'est pas considéré comme un premier emploi,
 - sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles attribuée alors que l'enfant était encore à charge, au sens fiscal, du Salarié ou de son conjoint ;
- les ascendants à charge, au sens fiscal, du Salarié ou de son conjoint.
Les prestations sont dues au titre des actes, soins et séjours en hospitalisation intervenus au cours de la période durant laquelle le bénéficiaire appartient à la catégorie définie ci-dessus.
Ces bénéficiaires sont définis par le Salarié sur la demande individuelle d'adhésion.

* Les services en ligne et applications sur smartphone sont susceptibles d'évoluer à tout moment sans avis préalable.



2. Dispositions relatives à l'adhésion

Article 5 – L'adhésion du Salarié

Pour adhérer, le Salarié doit être assuré au titre du contrat Socle Santé et :

- remplir et signer une demande individuelle d'adhésion figurant dans son Kit d'affiliation,
- joindre une copie de l'attestation Vitale,
- joindre un ou deux Relevés d'Identité Bancaire au nom du Salarié,
- envoyer le tout à l'Assureur.

Cet envoi, pour l'adhésion aux Renforts, doit intervenir au plus tard dans les soixante jours suivant la date d'effet du contrat Socle Santé mentionnée sur le Kit d'affiliation. Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, le Salarié une fois admis, ne peut être exclu de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie de la catégorie de personnel à assurer du contrat Socle Santé.

La demande individuelle d'adhésion figurant dans le Kit d'affiliation permet d'enregistrer l'adhésion du Salarié au contrat Renforts Santé et selon son choix :

- faire bénéficier les membres de sa famille des garanties du Socle bis,
- compléter les garanties du Socle entreprise par des Renforts facultatifs pour lui-même et les membres de sa famille bénéficiaires définis à l'article 4.

Le choix initial de Renforts facultatifs peut se faire au moment de l'affiliation au contrat Socle Santé ou postérieurement. Ce choix est modifiable selon les conditions prévues à l'article 7.

Lors de son adhésion, le Salarié s'engage à fournir à l'Assureur l'ensemble des pièces qui lui sont demandées dans la demande individuelle d'adhésion.

Article 6 – Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion est constatée par le certificat de couverture santé signé par l'Assureur qui mentionne notamment :

- le numéro d'adhésion de l'Entreprise au contrat Socle Santé et sa date d'effet,
- les bénéficiaires des garanties,
- la date d'effet de l'adhésion au contrat Renforts Santé,
- la nature et le montant des garanties des contrats Socle Santé et Renforts Santé,
- les taux de cotisation pour les garanties intégralement à la charge du Salarié.

Les garanties du contrat Renforts Santé prennent effet à la date indiquée sur le certificat de couverture santé pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation par le Salarié au moyen d'une lettre recommandée envoyée, au plus tard, le 31 octobre précédent.

Si vous adhérez au contrat Renforts Santé dans les 2 mois suivants votre affiliation au contrat Socle Santé, cette date d'effet des Renforts correspondra à celle de votre affiliation au Socle.

Après ce délai de 2 mois vos garanties Renforts prendront effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion au contrat Renforts Santé.

Article 7 – Modification des Renforts facultatifs

Le Salarié peut demander à modifier son adhésion pour lui-même et les membres de sa famille dans les conditions suivantes :

- à la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce...);
La modification suite à naissance prend effet à la date de naissance du bénéficiaire et, pour les autres cas, le premier jour du mois qui suit la demande de modification.
- au 1^{er} janvier de chaque année, après au moins douze mois d'adhésion sans suspension des garanties, sous réserve que sa demande parvienne à l'Assureur avant le 30 novembre. La modification prend effet au premier janvier.



Article 8 – Cessation ou suspension des garanties

Les garanties de l'adhésion au contrat Renforts Santé prennent fin :

- dès que le Salarié cesse de bénéficier des garanties du contrat Socle Santé, quelle qu'en soit la cause et notamment à la date où le salarié ne fait plus partie du groupe d'assuré du contrat Socle Santé ou à la date de l'attribution de sa pension vieillesse ou d'une pension pour inaptitude au travail de la Sécurité sociale.

Toutefois les garanties sont maintenues aux Salariés qui - bien qu'ayant fait valoir leur droit à la retraite et bénéficiant à ce titre d'une pension vieillesse - reprennent une activité professionnelle rémunérée en tant que salarié de l'entreprise adhérente.

Le maintien des garanties Socle Santé dans le cadre de la portabilité de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale entraîne, pendant la durée de la portabilité, le maintien gratuit des garanties Renforts Santé,

- pour les membres de la famille du Salarié bénéficiaires tels que définis à l'article 4, à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions prévues audit article et en tout état de cause à la même date que le Salarié,
- en cas de résiliation du contrat Socle Santé. Si la résiliation du contrat Socle Santé est suivie d'une nouvelle adhésion au contrat Socle Santé (transformation avec affaire nouvelle), le Salarié pourra choisir de nouveaux Renforts. A cet effet il devra nous renvoyer le nouveau Kit d'affiliation qui lui sera remis.

En outre, les garanties prennent fin en cas de résiliation par le Salarié ou par l'Assureur, dans les conditions prévues à l'article 6 ou en cas de non-paiement des cotisations du contrat Renforts Santé dans les conditions prévues à l'article 9.3. Dans ces cas, les garanties du contrat Socle Santé demeurent.

La suspension des garanties du contrat Socle Santé entraîne la suspension des garanties du contrat Renfort Santé pendant la même période et avec les mêmes effets que la cessation.

La cessation des garanties (ou la suspension) entraîne simultanément, tant pour le Salarié que pour les membres de sa famille s'ils étaient garantis, la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation même s'ils ont débuté ou ont été prescrits avant cette date.

La cessation des garanties du contrat Renforts Santé n'entraîne pas la cessation des garanties du contrat Socle Santé.

Article 9 – Les cotisations dues par le Salarié

Le Salarié a pour obligation de régler à l'Assureur, les cotisations à sa charge pour les Renforts et le cas échéant le Socle bis mentionnées sur le certificat de couverture.

9.1 Taux et base de calcul

Le ou les taux de cotisation et leur base de calcul sont mentionnés dans le certificat de couverture.

9.1.1 Indexation

Les cotisations du contrat Renforts Santé sont indexées automatiquement à effet de chaque 1er janvier, en fonction de l'évolution annuelle de la consommation de soins et biens médicaux à la charge des ménages et des organismes d'assurances complémentaires.

Cet accroissement des taux de cotisations, calculé chaque année à cet effet, tient compte de l'augmentation induite par la variation de la valeur du plafond de la Sécurité sociale.

9.1.2 Révision en fonction des résultats techniques

Les taux pourront être revus lors de chaque renouvellement annuel en fonction des résultats techniques du contrat Renforts Santé.

Le Salarié sera avisé au plus tard le 31 octobre précédent.

En cas de désaccord, le Salarié pourra demander la résiliation de son adhésion au contrat Renforts Santé par lettre recommandée. La résiliation prendra alors effet au 31 décembre suivant la date à laquelle l'Assureur aura reçu la lettre recommandée.

Dans le cas contraire, le montant des cotisations sera calculé automatiquement selon les nouvelles bases notifiées au Salarié.

9.1.3 Révision en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires

Les cotisations pourront être révisées conformément aux dispositions de l'article 12.2.



9.2 Paiement des cotisations de l'adhésion au contrat Renforts Santé

Les cotisations sont payables mensuellement et d'avance. Le Salarié est le seul responsable de leur versement.

9.3 Non-paiement des cotisations

À défaut du paiement intégral des cotisations du contrat Renforts Santé dans le mois de l'échéance, une lettre recommandée constituant la mise en demeure prévue à l'article L 113-3 du Code des assurances est envoyée au Salarié. Les garanties sont suspendues trente jours après cet envoi.

Si, passé ce délai, le Salarié n'a pas procédé au paiement demandé, les garanties pourront être résiliées, sans autre formalité, dans les dix jours suivants.

Les cotisations dues, restées impayées, seront recouvrées par l'Assureur par tout moyen y compris judiciaire.

En cas de résiliation pour non-paiement des cotisations, le Salarié ne pourra pas, dans la même année civile, demander une nouvelle adhésion au contrat Renforts Santé. Toute nouvelle demande d'adhésion se fera dans les conditions prévues à l'article 7.

Article 10 – Le règlement des prestations

Les prestations versées au titre du contrat Renforts Santé incluent celle du contrat Socle Santé

10.1 Comment ne pas faire l'avance des frais ?

L'Assureur délivre une attestation de tiers payant où figurent les garanties du contrat ouvrant droit à ce service. Sur présentation de cette attestation, le Salarié bénéficie du tiers payant :

- pour les dépenses des médicaments en pharmacie, sous réserve que ces médicaments soient pris en charge par la Sécurité sociale,
- pour les dépenses liées à un séjour hospitalier, sous réserve qu'une prise en charge ait été demandée au centre de gestion,
- pour les dépenses d'optique (y compris la chirurgie réfractive), de prothèses dentaires, d'audio prothèses et d'orthodontie, sous réserve que ces dépenses aient été engagées auprès d'un professionnel de santé partenaire de Santéclair,
- pour les soins externes, sous réserve que les dépenses aient été engagées dans un établissement avec lequel l'Assureur a signé un accord.

De plus, l'Assureur a signé une convention avec les professionnels de santé du département de l'Entreprise adhérente, et sous réserve que les dépenses aient été engagées auprès d'un professionnel de santé ayant ratifié cette convention, le tiers payant sera étendu :

- aux dépenses de radiologie,
- aux dépenses de laboratoire d'analyses,
- aux dépenses d'auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes).

En cas de suspension des garanties du contrat Renforts Santé ou de résiliation de celui-ci pour quelque motif que ce soit, l'Assureur préviendra les professionnels de santé afin d'interrompre la pratique du tiers payant.

10.2 Les formalités à effectuer en cas de sinistre

Faut-il faire une déclaration ?

En général, les décomptes sont communiqués à l'Assureur par télétransmission. Si cela n'était pas le cas, le bénéficiaire devra envoyer à l'Assureur les originaux des décomptes de la Sécurité sociale.

En l'absence de justification des frais réels exposés et servant de base au calcul de notre remboursement, ceux-ci seront limités à la base de remboursement retenue par la Sécurité sociale en secteur conventionné.

Quelles sont les pièces à fournir ?

En cas d'hospitalisation,

- les justificatifs de l'hospitalisation (factures, notes d'honoraires),

En cas de maladie,

- les décomptes (ou volets) originaux de la Sécurité sociale sauf dans le cas de la télétransmission,
- les factures détaillées des professionnels de santé pour les actes et soins non pris en charge par la Sécurité sociale,
- les factures détaillées pour les frais d'optique et dentaire,
 - Optique (verres plus monture) : ordonnance de l'ophtalmologiste et facture de l'opticien.



- Prothèse dentaire : facture détaillée indiquant la nature exacte des travaux prothétiques réalisés, des numéros de dents soignées et si l'acte est hors nomenclature selon la Sécurité sociale ou pas.
- Soins dentaires : facture détaillée en cas de dépassement d'honoraires.

10.3 La confidentialité médicale

Les informations médicales recueillies directement ou indirectement (notamment feuilles de soins, demandes de prises en charge établies par les établissements hospitaliers publics ou privés, flux informatiques télétransmis par les professionnels de santé que le salarié assuré consulte, courriers et ou certificats médicaux que le Salarié adresse au Service Médical ou au Médecin Conseil d'Allianz) font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de votre dossier par le Service Médical d'Allianz.

De même les informations soumises au respect du secret professionnel (notamment les décomptes établis par le Régime Obligatoire ou flux informatiques télétransmis par ce même régime, demandes de prises en charge établies par les établissements hospitaliers publics ou privés), font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destinés à la gestion du dossier par les Services Administratifs d'Allianz.

La signature de votre demande individuelle d'affiliation vaut acceptation expresse de votre part pour la transmission :

- au Service Médical d'Allianz et de son réassureur, dans le respect du secret médical, de l'ensemble des données soumises au respect du secret médical qui seront nécessaires au traitement de votre dossier,
- aux services administratifs d'Allianz et de son réassureur, dans le respect du secret professionnel, de l'ensemble des données comportant des renseignements soumis au respect du secret professionnel (y compris ceux qui nous parviendraient directement par les organismes gérant votre Régime Obligatoire, ainsi que par les organismes de soins ou professionnels de santé), qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, les personnes concernées bénéficient d'un droit de demande d'accès, et sur pièce justificative : de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données les concernant en adressant leur demande par simple lettre ou courriel à Allianz - Informatique & Libertés - Case Courrier S1803 - 1 Cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris la Défense Cedex ou informatiqueetliberte@allianz.fr.

10.4 Contrôle médical

L'Assureur pourra faire procéder au contrôle de l'état de santé des bénéficiaires et des soins effectués. Il pourra demander, si besoin, toute pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie.



3. Socle bis

Article 11 – Définition du Socle bis

Il désigne l'extension des garanties du Socle Entreprise du contrat Socle Santé aux membres de la famille du salarié lorsque la couverture de ces derniers n'a pas été prévue par l'Entreprise adhérente.

Les garanties du Socle bis sont souscrites au titre du contrat Renforts Santé pour les ayants-droit du Salarié. Elles sont exactement conformes aux garanties choisies par l'entreprise pour le Salarié au titre du contrat Socle Santé.

Les garanties du Socle bis répondent au dispositif du contrat responsable prévu par les articles L 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ainsi,

- elles respectent les seuils et limites de prise en charge fixées par les textes précités ;
- elles ne prennent pas en charge les dépassements d'honoraires autorisés et la majoration de participation du patient en cas de non-respect du parcours de soins ;
- elles ne prennent pas en charge la participation forfaitaire et les franchises respectivement prévues aux paragraphes II et III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont les montants sont fixés par décret.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais exposés dans le cadre du parcours de soins pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Le Socle bis est régi par l'ensemble des dispositions de la présente Notice du contrat Renforts Santé.



4. Autres dispositions

Article 12 – Autres dispositions

12.1 Clause de globalisation des résultats

Au titre de chaque exercice civil du contrat Renforts Santé, l'Assureur établit un compte de résultats en fonction des ressources et des charges qui lui sont imputables.

Il pourra éventuellement procéder, si le compte de résultats devient déficitaire, à une révision tarifaire dans les conditions fixées à l'article 9.1.2.

12.2 Révision de l'adhésion

Les conditions de l'adhésion au contrat Renforts Santé tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires, notamment du Code de la Sécurité sociale et du Code général des impôts en vigueur à la date d'effet de celui-ci. Si celles-ci venaient à être modifiées au cours de l'adhésion, l'Assureur se réserve la possibilité de procéder à une révision de l'adhésion au plus tôt à compter de la date d'effet des nouvelles dispositions.

Le Salarié conserve la possibilité de demander dans les trente jours suivant la notification la résiliation de son adhésion au contrat Renforts Santé sans délai de préavis.

La résiliation prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant la demande ou à compter de la date de modification proposée si elle est postérieure.

Dans ce dernier cas, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant les dites modifications.

Article 13 – Territorialité

Sauf stipulation contraire mentionnée au certificat d'adhésion, les garanties sont acquises :

- aux Salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale exerçant leur activité en France ou dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen,
- aux Salariés détachés pour mission hors des États composant l'Espace Économique Européen.

Article 14 – Renonciation

Le Salarié assuré peut renoncer à son adhésion au contrat Renforts Santé.

En application de l'article L. 112-9 du Code des assurances, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance (ou demande d'adhésion) ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Modèle de lettre type de renonciation :

« Je soussigné M, demeurant, renonce à mon adhésion au contrat Renforts Santé n° souscrit par l'ADPS auprès d'Allianz Vie conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances.

J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis la date de conclusion du contrat.

Date Signature »

La lettre doit être envoyée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'Assureur, à l'adresse suivante :

Allianz
Direction Opérations Collectives
TSA 41008 - 67018 Strasbourg Cedex



Article 15 – Vente à distance

L'adhésion au contrat peut s'effectuer à distance par l'utilisation d'une ou plusieurs techniques de communication à distance (téléphone, internet, courrier).

En cas d'adhésion, l'ordonnance du 6 Juin 2005 et les articles L. 112-2-1 et R. 112-4 du Code des assurances sont applicables. Les informations ci-dessous concernent l'adhérent personne physique domiciliée fiscalement en France, qui adhère au contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, par voie de vente à distance.

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L.112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un adhérent qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion de l'adhésion.

Conformément à ces dispositions et aux informations communiquées, il est précisé que :

- Cette offre porte sur un contrat d'assurance santé d'une durée pouvant aller jusqu'à un 1 an à compter de la date figurant sur le Certificat de couverture santé. Il sera ensuite reconduit tacitement au 1^{er} janvier de chaque année. L'adhésion au contrat peut être résiliée par le Salarié ou par l'Assureur selon les modalités et conditions prévues dans la présente notice.
- Le contrat, établi en langue française et régi par le Code des assurances, est souscrit auprès d'Allianz Vie 1, cours Michelet – CS 30051 – 92076 Paris La Défense Cedex – (SA au capital de 643 054 425 euros - 340 234 962 RCS Nanterre), entreprise placée sous l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09. L'ensemble des documents qui seront échangés en cours d'exécution du contrat sera exprimé en langue française.
- La date de commencement d'exécution du contrat figure sur le Certificat de couverture santé et correspond à la date de prise d'effet des garanties (sous réserve du paiement de la cotisation).
- Les garanties et limitations ainsi que les modalités d'examen des réclamations éventuelles sont mentionnées dans le présent document.
- Le montant des cotisations ainsi que les modalités de paiement de celles-ci figurent sur le Certificat de couverture santé. En cas de prélèvement automatique, le Salarié s'engage à adresser à son établissement bancaire dès la conclusion du contrat, un mandat SEPA régularisé et signé par ses soins. Ce document sera communiqué soit par e-mail soit par courrier.
- Le Salarié dispose d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus qui commencent à courir soit à compter du jour de la conclusion à distance du contrat, soit à compter du jour de la réception du Certificat de couverture santé si cette dernière date était postérieure à la date de conclusion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Cependant, ce droit de renonciation ne s'applique pas, notamment aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.
- La prise d'effet rétroactive des garanties telle que prévue à l'article 6 ne fait pas obstacle à l'exercice du droit de renonciation.
- Pour faciliter l'exercice du droit de renonciation, le Salarié peut utiliser le modèle de lettre type ci-dessous. Cette lettre doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception.

Modèle de lettre type de renonciation :

« Je soussigné M , demeurant , renonce à mon adhésion au contrat Renforts Santé n° souscrit par l'ADPS auprès d'Allianz Vie conformément à l'article L 112-2-1 du Code des assurances.

J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis la date de conclusion du contrat.

Date Signature »

La lettre doit être envoyée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'Assureur, à l'adresse suivante :
Allianz
Direction Opérations Collectives
TSA 41008 - 67018 Strasbourg Cedex

- Les frais afférents aux techniques de communication à distance sont à la charge du Salarié. Ainsi, il supporte les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques et le coût des connexions Internet qui ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.



Précisions sur la vente à distance :

Les renforts sont valablement souscrits après la confirmation par internet des informations saisies, du choix des renforts.

Dès la validation des Renforts choisis par vos soins et leur validation électronique, l'Assureur vous confirme la prise en compte de votre Adhésion aux Renforts par un courrier électronique de confirmation à l'adresse mail que vous avez fournie.

A défaut de réception de ce courrier électronique comprenant la notice d'information relative aux Renforts dans un délai de 48 (quarante-huit) heures à compter de la souscription de vos Renforts, vous devez immédiatement en aviser Allianz par écrit (à l'adresse électronique ecrire@allianz.fr ou à l'adresse de son Siège social), à défaut de quoi vous serez réputé l'avoir reçu avec les pièces jointes ci-avant visées.

Sauf preuve contraire, le contenu de ce courrier électronique fera foi entre les parties et les Renforts choisis et souscrits seront réputés conformes à votre volonté.

L'adresse de courrier électronique communiquée lors de la souscription en ligne servant à vous transmettre des informations contractuelles, vous devez veiller à son actualité et à sa véracité. En conséquence, vous vous engagez à la vérifier et à la mettre à jour autant que de besoin. Toutes les conséquences directes ou indirectes résultant de l'envoi d'informations ou de documents à une adresse mail erronée ou modifiée sans en avoir avisé l'Assureur, relève de votre seule responsabilité.

Convention de preuve

Sauf preuve contraire que vous pourrez apporter par tous moyens, vous acceptez et reconnaissez que :

- votre connexion à votre espace client avec vos identifiants personnels vous identifie et vaut authentification ;
- la validation par vos soins des documents contractuels relatifs aux Renforts par internet vaut expression de votre consentement à la souscription des Renforts et au choix de leur niveau et entraîne leur conclusion dans les termes et conditions des documents contractuels ;
- le courrier électronique et ses pièces jointes ci-avant visés confirmant la souscription des Renforts, font la preuve du contenu des Renforts souscrits et notamment des niveaux de Renforts que vous avez expressément choisis ;
- les procédés mis en place par Allianz ou ses prestataires pour assurer l'intégrité et la conservation des documents contractuels font foi entre les parties.

Article 16 – Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L 114-1 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 L 114-2 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 adressée 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 L 114-3 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 L 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, L'assureur invite à consulter le site Officiel « www.legifrance.gouv.fr ».

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.

Article 17 – Recours

Conformément au code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne à l'Assureur subrogation en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

Article 18 – Médiation et réclamation

L'interlocuteur habituel d'Allianz France est en mesure d'étudier toutes les demandes et réclamations.

Si, au terme de cet examen, les réponses données ne vous satisfaisaient pas, vous pouvez adresser une réclamation à : Allianz Relation Clients - Case Courrier S1803 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Courriel : clients@allianz.fr



Allianz France adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif relatif à une garantie, vous aurez la faculté de faire appel au Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, dont les coordonnées postales sont les suivantes : BP 290 – 75425 Paris Cedex 09, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Article 19 – Autorité de contrôle

L'instance chargée de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assurance est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.



Lexique

Socle Santé

Contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'employeur. La date d'effet des garanties du Socle Entreprise correspond à la date à partir de laquelle les garanties peuvent être mises en jeu.

Renforts Santé

Contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'ADPS. Les prestations des garanties Renforts Santé viennent en complément des prestations du contrat entreprise Socle Santé, mais les garanties sont exprimées y compris les garanties du contrat entreprise Socle Santé.

ADPS

Association de Prévoyance Santé (ADPS), association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, déclarée à la Préfecture des Hauts de Seine sous le n° W922002348

Siège social : Tour Neptune – CC 0804 – 20, place de Seine – La Défense 1 – 92400 Courbevoie. Les statuts sont consultables à l'adresse suivante : www.adps-sante.fr.

Base de remboursement de la Sécurité sociale

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'Autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement.
- Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Certificat de couverture

Document constatant l'affiliation obligatoire du Salarié au contrat Socle Santé et son adhésion au contrat Renforts Santé. Il décrit les garanties du Socle choisies par l'employeur ainsi que les garanties Renforts et le Socle bis choisis par le Salarié. Il mentionne le montant de la cotisation due par ce dernier au titre de son adhésion au contrat Renforts Santé. Il est fourni à la demande du salarié.

Contrat d'accès aux soins

Le contrat d'accès aux soins a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012 afin d'encadrer les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2 (honoraires libres) et, en parallèle, de permettre une meilleure prise en charge des patients. Les patients sont remboursés sur la base des tarifs du secteur 1 : l'écart de remboursement entre secteurs 1 et 2 est supprimé pour les adhérents au contrat.

Date d'effet des garanties du contrat Renforts Santé

La date d'effet des garanties du contrat Renforts Santé correspond à la date à partir de laquelle les garanties peuvent être mises en jeu. Elle peut être postérieure à la date d'effet du Socle Entreprise mais en aucun cas antérieure.

Dentaire

- Inlay – Onlay :
C'est une pièce coulée en laboratoire à partir de l'empreinte de la cavité. Lorsqu'une grosse carie ne peut plus être traitée par un amalgame classique (plombage) le chirurgien-dentiste colle un Inlay/Onlay sur votre dent.



- **Couronne :**
Une couronne recouvre une dent abîmée. Elle nécessite la présence d'une racine. Elle peut être réalisée en différents matériaux. Les plus couramment utilisés sont la céramique sur métal non précieux et le métal non précieux. La couronne en céramique est plus esthétique, elle est réalisée dans une teinte proche de celle de vos dents. Elle peut toutefois être plus fragile. L'Assureur ne la recommande pas pour les dents du fond de la bouche, une couronne en métal non précieux est préférable.
Pour les autres couronnes en métal, le métal précieux ou semi précieux n'est recommandé qu'en cas d'allergie.
Selon l'état de la dent, la couronne est posée seule ou sur un Inlay Core (qui s'insère à l'intérieur de la racine) et sur lequel la couronne sera scellée.
- **Bridge :**
Un bridge est nécessaire quand une ou plusieurs dents sont absentes. Les dents de part et d'autre sont les piliers et doivent être couronnées. Les dents absentes sont remplacées par des inter de bridge.
- **Implant :**
L'implant permet de remplacer une dent manquante. C'est un support inséré dans l'os qui remplace la racine de la dent absente.
Une prothèse est ensuite fixée dans l'implant racine. Elle est composée d'un pilier implantaire et d'une couronne.
- **Orthodontie :**
Des dents mal positionnées ou mal alignées rendent parfois le nettoyage difficile favorisant l'apparition des caries, l'inflammation des gencives et peuvent gêner le fonctionnement de la mâchoire.
Le traitement orthodontique permet de ramener les dents à une meilleure position en exerçant une contrainte pendant plusieurs mois.
Il est généralement réalisé vers 10-12 ans pour une durée de 6 mois à 3 ans.
La Sécurité sociale prend en charge les semestres de traitement orthodontique jusqu'à l'âge de 16 ans à 100 % de la base de remboursement dudit organisme.

Dépassement d'honoraires

Somme qu'un praticien peut demander de payer au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Forfait journalier

Somme journalière restant à votre charge pour toute hospitalisation. Son montant est fixé par arrêté. Cette somme sert à payer les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par l'hospitalisation. Certains patients en sont dispensés : par exemple, les personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, les femmes au cours des derniers mois de leur grossesse et après l'accouchement.

Frais réels

Dépense réellement engagée.

Franchises médicales

Sommes déduites des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elles ne peuvent pas être prises en charge par votre contrat d'assurance responsable.

Kit d'Affiliation

Document servant à formaliser l'affiliation obligatoire du salarié au contrat Socle Santé et la demande d'adhésion au contrat Renforts Santé. Ce document est complété par le Salarié et adressé à l'Assureur par ses soins.

Optique

- **Verres simples :**
Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries



- Verres complexes :
 - Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries
 - Verre simple foyer dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries
 - Verre multifocal ou progressif
- Verres très complexes :
 - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries
 - Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

Parcours de soins

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant. Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

Plafond Annuel de la Sécurité sociale/Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

Valeurs de référence exprimées en euros servant de base au calcul des cotisations et prestations sociales. Le plafond de la Sécurité sociale est fixé chaque année par arrêté du Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Il est consultable à l'adresse suivante :

<http://www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/chiffres-utiles/plafond-de-la-securite-sociale.php>

Remboursement de la Sécurité sociale

Somme que la Sécurité sociale rembourse.

Salarié

Dans le contrat Renforts Santé, le Salarié désigne une personne physique membre de l'ADPS et adhérente au contrat Renforts Santé.

Cette personne est obligatoirement salariée de l'Entreprise adhérente au contrat Socle Santé et fait partie de la catégorie de personnel assuré au titre de ce contrat.

Secteur conventionné

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession.

Les tarifs pratiqués par les médecins et le montant qui sert de base de remboursement à l'Assurance Maladie varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'activité (secteur 1 ou secteur 2).

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel. Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de votre part, comme par exemple une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet de votre médecin. Ces dépassements ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, que vous soyez dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou non.

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres.



Il est en effet autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

Secteur non conventionné

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité ».

Sécurité sociale

A chaque fois qu'il est fait référence à la Sécurité sociale, il faut entendre le Régime Général de la Sécurité sociale et pour les bénéficiaires en relevant, le Régime Local d'assurance Maladie des départements de Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Socle Entreprise

Ensemble des garanties obligatoires choisies par l'Entreprise adhérente au contrat Socle Santé.

Socle Bis

Il désigne l'extension des garanties du Socle Entreprise du contrat Socle Santé aux membres de la famille du salarié lorsque cette couverture n'a pas été prévue par l'Entreprise adhérente.

Télétransmission

Système informatique de transmission des dossiers de remboursements de la Sécurité sociale vers l'Assureur.

Tiers payant

Système de paiement qui évite au Salarié de faire l'avance des frais de santé auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés.

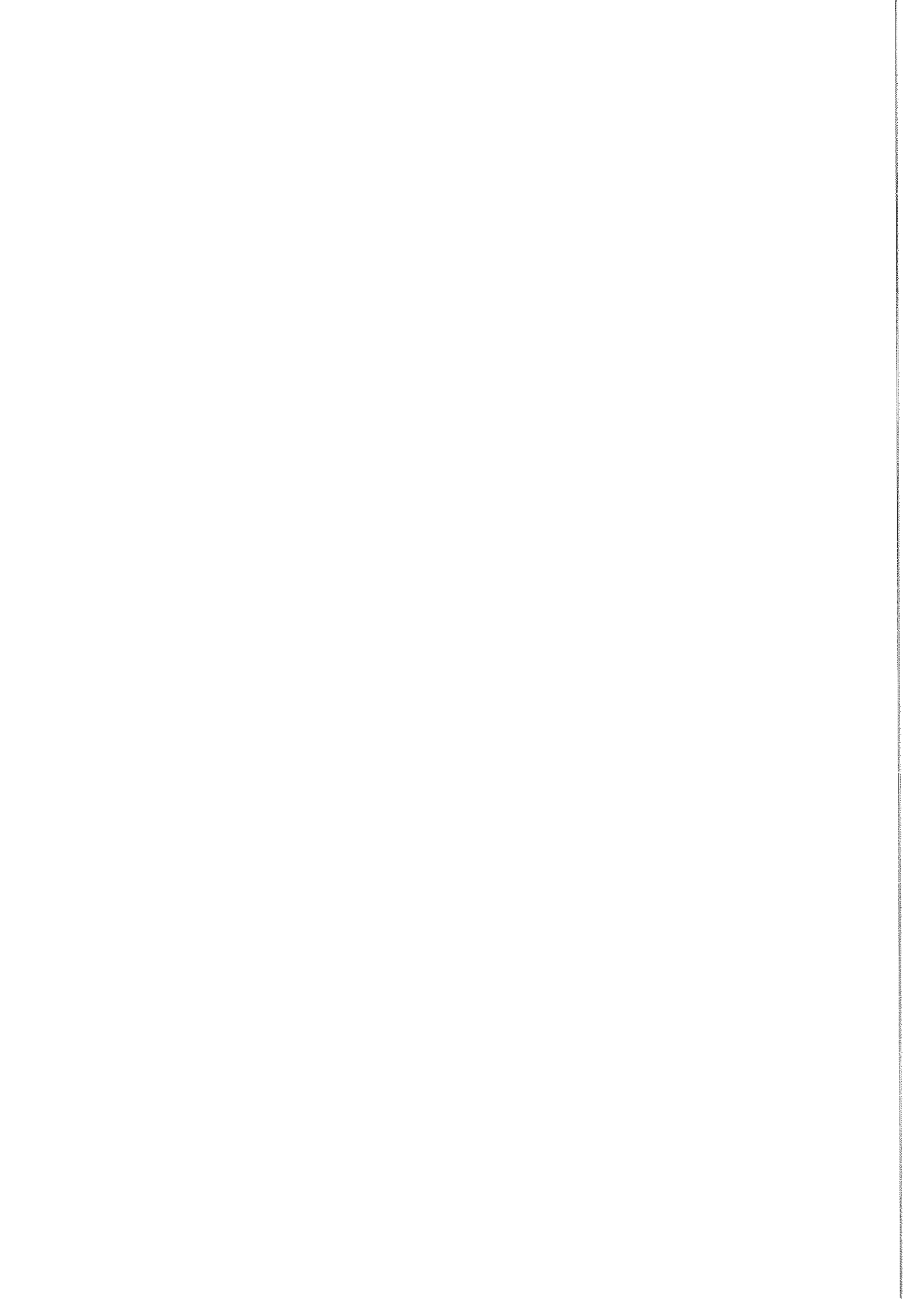
Ticket modérateur

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par cet organisme.

Il est à distinguer du « Reste à charge » qui est la part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui est constitué :

- du ticket modérateur,
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.





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



Mondial Assistance France SAS

7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen

RCS 490 381 753 Bobigny

SIRET : 490 381 753 00055

Société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros

Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 -

<http://www.orias.fr/>

www.mondial-assistance.fr

