|  |
| --- |
| **CENTRE HOSPITALIER HENRI LABORIE** |
| **Marché public de prestation de services** |
| **Assurance complémentaire santé** |
| **CCTP valant conventions spéciales** |

Contenu

[1 Objet de l’assurance 2](#_Toc101437360)

[2 Définitions 2](#_Toc101437361)

[3 Conditions de l’adhésion 3](#_Toc101437362)

[3.1 Modalités de l’adhésion 3](#_Toc101437363)

[3.2 Information des Assurés par le Souscripteur 3](#_Toc101437364)

[3.3 Cessation de l’adhésion 3](#_Toc101437365)

[4 Garanties délivrées par l’Assureur 3](#_Toc101437366)

[4.1 Contrat solidaire 3](#_Toc101437367)

[4.2 Contrat responsable 3](#_Toc101437368)

[4.3 Contrat à couverture minimale obligatoire 7](#_Toc101437369)

[4.4 Définition des garanties 7](#_Toc101437370)

[5 Maintien de garanties 10](#_Toc101437371)

[5.1 Cas de la suspension du contrat de travail 10](#_Toc101437372)

[5.2 Cas de la cessation du contrat de travail 10](#_Toc101437373)

[5.3 Cas étendus de maintien des garanties 11](#_Toc101437374)

[5.4 Cas de la résiliation du contrat 11](#_Toc101437375)

# Objet de l’assurance

Le contrat a pour objet d’assurer aux Assurés et à leurs Ayants-droit le versement de prestations de santé en relais et en complément de leur protection sociale de base.

# Définitions

**Assurés :**

* Population des salariés dans l’effectif du Souscripteur,
* Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité dans le cadre de l’article L 911-8 du code de la sécurité sociale, y compris lorsque la rupture du contrat de travail est intervenue avant la prise d’effet du contrat d’assurance,
* Anciens salariés bénéficiaires de l’article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989,
* Leurs ayants-droits.

**Ayants-droit :**

Personnes rattachées à l’Assuré et bénéficiant de la qualité de conjoint ou d’enfant définis aux conditions particulières du présent contrat.

**Assureur :**

Entreprise d’assurance régie par le code des assurances, mutuelle (ou union de mutuelles) régie par le Livre II du code de la mutualité, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale dûment agréés pour pratiquer les opérations d’assurance du risque prévoyance.

**Souscripteur :**

Personne morale de droit privé ou de droit public bénéficiant de la qualité d’employeur, mentionné aux conditions particulières du présent contrat.

# Conditions de l’adhésion

## Modalités de l’adhésion

Par application de **l’article L 911-1 du code de la Sécurité sociale**, les garanties collectives du présent contrat dont bénéficient les salariés, anciens salariés et ayants droit en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale sont déterminées soit par voie de conventions ou d'accords collectifs, soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

Par application de **l’article 2 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, l’Assureur qui délivre sa garantie prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat ou à l’adhésion à ceux-ci, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration. Aucune pathologie ou affection qui ouvre droit au service des prestations des régimes de sécurité sociale ne peut être exclue du champ d’application du contrat dans leurs dispositions relatives au remboursement ou à l’indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Cette disposition est également applicable au titre des anciens salariés garantis en application de l’article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ou des anciens salariés garantis en application de l’article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

## Information des Assurés par le Souscripteur

Par application de **l’article 12 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, le Souscripteur est tenu de remettre aux Assurés une notice d’information détaillée établie par l’assureur et qui définit notamment les garanties prévues par le présent contrat et ses modalités d’application. Lorsque des modifications contractuelles sont apportées, le Souscripteur doit communiquer la nouvelle version de la notice d’information établie par l’assureur trois mois au minimum avant la date d’entrée en vigueur de ces modifications.

## Cessation de l’adhésion

Les garanties cessent de produire leur effet en cas de non-paiement de la cotisation, ou à la date d’effet de la résiliation du contrat.

# Garanties délivrées par l’Assureur

## Contrat solidaire

L’Assuré peut adhérer à tout âge. Aucune information médicale ne peut être recueillie par l’Assureur. Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l’état de santé, de la nature de l’emploi, et du sexe de l’Assuré.

## Contrat responsable

Les garanties respectent les dispositions relatives au contrat responsable défini à l’article L 871-1 du code de la sécurité sociale. A ce titre :

* Les garanties comprennent la **prise en charge des consultations et des prestations prévues par l’article R 871-2 du code de la Sécurité sociale**, c’est-à-dire :
  + De l’intégralité de la **participation des assurés** définie à l’article R. 160-5 du code de la Sécurité sociale. Cette prise en charge n’est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;
  + Des **dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité,
  + Des **dépenses d’acquisition des dispositifs médicaux d’optique médicale** à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :
    - à hauteur des frais exposés par l’assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l’article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l’article L. 165-1, la prestation d’appairage pour des verres d’indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article.
    - dans le respect des limites ci-dessous, si le contrat, le bulletin d’adhésion ou le règlement prévoit une couverture des frais exposés par l’assuré en sus de la participation mentionnée au 1° pour l’acquisition d’équipements composés de verres et montures appartenant à une classe prévue à l’article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée :
      1. Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :
         * par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
         * par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
         * par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;
      2. Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
      3. Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :
         * par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
         * par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
         * par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
         * par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
         * par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -8,00 et + 8,00 dioptries ;
         * par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
         * par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;
      4. d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;
      5. Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;
      6. Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :
         1. par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ;
         2. par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
         3. par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
         4. par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
    - Lorsque l’équipement est composé de verres différents appartenant à une même catégorie a), c) ou f) définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l’assuré pour l’équipement sont ceux afférents à cette catégorie.
    - Lorsque l’équipement est composé de verres appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée et d’une monture appartenant à une classe à prise en charge renforcée, les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus s’appliquent à la prise en charge des frais exposés par l’assuré pour l’équipement.
    - Dans tous les cas, la prise en charge d’une monture est limitée à 100 euros.
    - Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l’assurance maladie obligatoire et la participation des assurés mentionnée au 1° pour l’acquisition de l’équipement.
    - Ces garanties s’appliquent aux frais exposés pour l’acquisition d’un équipement composé de deux verres et d’une monture, par période de deux ans, à l’exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l’article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d’évolution de la vue.
  + Des dépenses d’acquisition des dispositifs médicaux d’**aides auditives** dans les conditions suivantes :
    - A hauteur des frais exposés par l’assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l’article L. 165-3 pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l’article L. 165-1 ;
    - Au minimum à hauteur de la participation mentionnée au 1° et au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l’assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.
    - Ces garanties s’appliquent aux frais exposés pour l’acquisition d’une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l’article L. 165-1.
  + Des **frais de soins dentaires prothétiques** exposés par l’assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l’article L. 162-9, pour les actes pour lesquels l’entente directe est limitée et sans reste à charge tels que définis dans ladite convention.
  + Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l’article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée.
  + De l’intégralité de la participation de l'Assuré au sens du I de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaire au regard d’objectifs de santé publique, et proposées par l’Assureur. Ces prestations de prévention, définies par l’arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code, sont :
    - Le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l’acte soit effectué sur les première et deuxième 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),
    - Un 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,
    - Le dépistage de l’hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351),
    - Le 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).
    - 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 du code de la Sécurité sociale, la prise en charge au titre du présent arrêté 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 à 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.
* Les **garanties ne couvrent pas** :
  + La **participation forfaitaire** mentionnée au II de l’article L. 160-13 du code de la sécurité sociale,
  + La **franchise** **annuelle** mentionnée au III de l’article L 160-13 du code de la Sécurité sociale,
  + La prise en charge de la **majoration de participation** prévue à l’article L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale,
  + La prise en charge des **dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques** pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
* **L’Assureur,**  communique avant la souscription puis annuellement, au souscripteur, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

## Contrat à couverture minimale obligatoire

Les garanties respectent les dispositions relatives à la couverture minimale précisée à l’article L 911-7 du code de la sécurité sociale. A ce titre, le contrat prend en charge, sur la base de l’article D 911-1 du code de la Sécurité sociale :

* La participation de l’Assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de Sécurité sociale, prévue au I de l’article L 160-13 du code de la Sécurité sociale,
* Le forfait journalier de l’article L 174-4 du code de la Sécurité sociale,
* Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d’orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement.

## Définition des garanties

Le présent contrat a pour objet le service de prestations à l’occasion de frais médicaux ou d’hospitalisation exposés par les Bénéficiaires, en complément des remboursements préalables de l’assurance maladie ou maternité, sous réserve des exclusions et du respect des dispositions des contrats solidaires et responsable.

Dérogent à ce principe de participation préalable de l’Assurance maladie, divers soins, actes, appareillages et fournitures qui justifient d’un remboursement de l’Assureur en raison de leur nécessité ou de leur apport reconnu à la protection de la santé.

Le montant des prestations servies par l’Assureur ne peut excéder les frais réellement engagés par les Bénéficiaires, sous déduction des remboursements versés par l’Assurance maladie et tout autre organisme complémentaire.

Les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l’assurance maladie.

En fonction de l’option choisie par l’Assuré, les prestations de l’Assureur sont déterminées selon diverses références, c’est-à-dire :

* Soit sous la forme d’un pourcentage du tarif de base servant au calcul de remboursement de l’Assurance maladie,
* Soit sous la forme de forfait annuel, en complément ou non du remboursement de la l’Assureur et de l’Assurance maladie.

Les remboursements de l’Assureur s’inscrivent dans le respect du parcours de soins. En tout état de cause, la majoration de participation imposée par l’Assurance maladie pour des actes hors parcours de soins reste à la charge de l’Assuré selon les dispositions prévues par la réglementation. Les honoraires facturés par un médecin non conventionné sont remboursés par l’Assureur sur la base du tarif de responsabilité du médecin généraliste conventionné, applicable au jour de l’acte, et non sur le tarif d’autorité de l’Assurance maladie.

**Les garanties accordées par l‘Assureur sont :**

**Les frais liés à une hospitalisation :**

**Chambre particulière.** Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d’être hébergé dans une chambre individuelle. Les frais sont pris en charge par l’Assureur selon un forfait journalier et une limite de durée indiqués dans le tableau des garanties.

**Forfait journalier.** Somme due pour tout séjour hospitalier d’une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s’agit d’une participation forfaitaire du patient aux frais d’hébergement et d’entretien entraînés par son hospitalisation. Le forfait journalier est accordé par l’Assureur sans limitation de durée, et quel que soit l’établissement à l’origine de la facturation.

**Frais de séjour.** Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c’est-à-dire l’ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas....

**Frais d’accompagnant.** Frais correspondant aux facilités (lit, repas…) mises à disposition d’une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l’hospitalisation. L’Assureur intervient pour l'accompagnement d'un enfant hospitalisé en qualité d’ayant droit, au premier jour de son hospitalisation. Ces frais sont pris en charge par l’Assureur selon un forfait journalier et une limite de durée indiqués dans le tableau des garanties.

**Soins thermaux.** Frais de soins avec hospitalisation, frais d'honoraires médicaux, frais d'hydrothérapie et frais d'hébergement et de transport, sur prescription pour traiter certaines affections. Ces frais sont pris en charge par l’Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d’un forfait.

**Les frais liés à des soins ou l’achat de biens médicaux :**

**Consultations.** Honoraires pour examen d’un patient par un médecin généraliste ou spécialiste. Ces frais et honoraires sont pris en charge par l’Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

**Participation forfaitaire.** Frais à la charge de l’Assuré qui s’applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par les Pouvoirs Publics (120 € en 2011), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l’assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 50 €. Ces frais et honoraires sont pris en charge par l’Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

**Actes de spécialité.** Actes techniques médicaux, actes de chirurgie, d'obstétrique, d'anesthésie, d'imagerie et radiologie, d'échographie, frais d'anatomo-cyto-pathologie et ensemble des autres actes techniques.

**Auxiliaires médicaux**. Frais et honoraires des professionnels paramédicaux (infirmiers, masseurs- kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues…) dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l’assurance maladie obligatoire. Ces frais et honoraires sont pris en charge par l’Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

**Médicaments**. Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en différents catégories correspondant à des niveaux de prise en charge par l’assurance maladie obligatoire.

* Les médicaments sont remboursés par l’Assureur dans la limite des taux indiqués dans le tableau des garanties,
* Les vaccins sont des médicaments injectables qui jouent un rôle dans la prévention et la protection contre de nombreuses maladies infectieuses. Les frais d’achat des vaccins sont pris en charge par l’Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

**Médecine douce.** Il s’agit de l’acupuncture, la chiropractie, l’étiopathie, la mésothérapie, la micro-kinésithérapie, l’ostéopathie, la réflexologie, la diététique, l’homéopathie, la pédicurie et le recours aux psychologues, aux psychomotriciens et aux tabacologues. Les honoraires sont pris en charge par l’Assureur selon les forfaits indiqués dans le tableau des garanties, et selon l’option choisie par l’Assuré. Les forfaits sont accordés pour une année civile pour un nombre de séances défini à l’option souscrite par l’Assuré. Il est versé sur présentation d’une facture acquittée qui précise le nom et le prénom du bénéficiaire et la date de la séance.

**Appareillage.** Prix des biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par l’assurance maladie obligatoire. Les frais d’achat sont pris en charge par l’Assureur selon les taux de remboursement, éventuellement complétés d’un forfait, indiqués dans le tableau des garanties, et selon l’option choisie par l’Assuré. L’Assureur intervient, pour ces biens inscrits sur la LPP, selon la nomenclature de l’Assurance maladie et pour :

* Les produits pour traitement, aides à la vie, aliments et pansements (Titre 1),
* Les orthèses et prothèses externes (Titre 2),
* Les implants et greffons tissulaires d’origine humains (Titre 3),
* Les véhicules pour handicapés physiques (Titre 4).

**Biologie médicale.** Frais des examens (prélèvements, analyses…), généralement réalisés par un laboratoire d’analyses de biologie médicale. Ces frais sont pris en charge par l’Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

**Les frais de soins et de prothèses dentaires :**

**Soins dentaires.** Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s’agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d’une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels. Ces honoraires sont pris en charge par l’Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

**Orthodontie.** Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes qui vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires, grâce à des appareils dentaires. Les honoraires et frais sont pris en charge par l’Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d’un forfait.

**Parodontologie.** Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l’os…). Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes. Le honoraires et frais sont pris en charge par l’Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d’un forfait.

**Prothèses dentaires.** Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

* Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue artificiellement la partie visible de la dent pour la protéger. Une couronne qui porte sur plusieurs dents est appelé un « bridge »,
* Les prothèses amovibles qui sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s’enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents,
* Les inlays et onlays, techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante.

Les honoraires et frais sont pris en charge par l’Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d’un forfait.

**Implantologie.** Technique visant à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles dans l’os de la mâchoire, sur lesquelles est fixée une prothèse. Les honoraires et frais sont pris en charge par l’Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d’un forfait.

**Les frais d’optique :**

**Lunettes.** Les lunettes sont composées d’une monture et de verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie et aphakie). Le prix des verres varie selon le type de correction (verres uni-focaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et le traitement appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables…). Les frais sont pris en charge par l’Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d’un forfait.

**Lentilles.** Verres correcteurs posés sur la cornée. Les frais sont pris en charge par l’Assureur selon les forfaits indiqués dans le tableau des garanties, et selon l’option choisie par l’Assuré. Les honoraires et frais sont pris en charge par l’Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d’un forfait.

**Chirurgie réfractive**. Frais de remboursement des différentes techniques chirurgicales (notamment opération de la myopie au laser), qui permettent de corriger les défauts visuels. Les honoraires et frais sont pris en charge par l’Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d’un forfait.

# Maintien de garanties

## Cas de la suspension du contrat de travail

Les dispositions sont définies aux conditions particulières du présent contrat d’assurance.

## Cas de la cessation du contrat de travail

Par application de l’article **L 911-8 du code de la Sécurité sociale**, les Assurés et leurs Ayants-droits bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le [régime d'assurance](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=E8A6450762319174C0E88F57206B3ABB.tpdjo13v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006156295&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20140103) chômage, selon les conditions suivantes :

* Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois,
* Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur,
* Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise,
* L'ancien salarié justifie auprès de l’Assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions de sa situation,
* L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l’Assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée en amont.

## Cas étendus de maintien des garanties

Par application de **l’article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, les garanties sont maintenues, sans condition de période probatoire ni d’examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

* Des anciens salariés bénéficiaires d’une rente d’incapacité ou d’invalidité, d’une pension de retraite ou, s’ils sont privés d’emploi, d’un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l’expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties. L’Assureur adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire,
* Des personnes garanties du chef de l’assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. L’employeur en informe l’organisme, qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter du décès.

La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Par application du décret n°90-769 du 30 août 1990, modifié par le décret n°2017-372 du 21 mars 2017, les tarifs applicables sont encadrés (mêmes tarifs que les actifs la 1ère année, tarifs ne pouvant être supérieurs de 25 pour cent aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs la 2ème année et pouvant être supérieurs de plus de 50 pour cent aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs la 3ème année).

## Cas de la résiliation du contrat

Par application de **l’article 5 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, l’Assureur peut maintenir les garanties, sans condition de période probatoire ni d’examen ou de questionnaire médicaux, au profit des salariés concernés, sous réserve qu’ils en fassent la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat d’assurance, et sur la base des modalités et des conditions tarifaires définis par l’Assureur.

Par application de **l’article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat. De telles négos ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement. L’engagement doit être couvert à tout moment par des provisions représentées par des actifs équivalents de l’Assureur.

Par application de **l’article 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, la garantie décès est maintenue en cas d’incapacité de travail ou d’invalidité du salarié ou de l’ancien salarié. La résiliation ou le non-renouvellement du contrat sont sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d’incapacité de travail ou d’invalidité définie dans le contrat. Cet engagement doit être couvert à tout moment par des provisions représentées par des actifs équivalents.

Date :

|  |  |
| --- | --- |
| Pour l’Assureur  Prénom / Nom :  Qualité :  Signature : | Pour l’employeur  Prénom / Nom :  Qualité :  Signature : |