




NOTICE D'INFORMATION
Régime de Frais de Santé
Surcomplémentaire
HAUT DE GAMME - PAYS DE LA LOIRE

Etablissements d'Enseignement Privés
Sous Contrat des PAYS DE LA LOIRE

**Les dispositions de la présente Notice d'Information
s'appliquent
à compter du 1er janvier 2026**

 38-42 rue Cuvier – CS 80 002 – 93102 Montreuil Cedex
Tél : 01 58 64 41 00

www.uniprevoyance.fr

Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est l'Autorité de Contrôle Prudentiel
et de Résolution (ACPR) située : 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09

TABLE DES MATIERES

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE 2026	3
TITRE 2 - DISPOSITIONS GENERALES.....	15
ARTICLE 1 - OBJET.....	15
ARTICLE 2 - ADHESION.....	15
ARTICLE 3 - DUREE DU CONTRAT – RESILIATION	15
ARTICLE 4 - MODALITES D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	16
ARTICLE 5 - PRISE D’EFFET, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES.....	17
ARTICLE 6 - MAINTIENS DES GARANTIES.....	18
ARTICLE 7 - PAIEMENT DES COTISATIONS.....	22
ARTICLE 8 - PRESTATIONS.....	23
ARTICLE 9 - PRESCRIPTION	23
ARTICLE 10 - FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE.....	24
ARTICLE 11 - ÉLECTION DE DOMICILE.....	24
ARTICLE 12 - FONDS SOCIAL	24
ARTICLE 13 - ORGANISME DE CONTROLE DES ASSURANCES	24
ARTICLE 14 - LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	24
ARTICLE 15 - RECLAMATIONS - MEDIATION.....	26
ARTICLE 16 - LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME.....	26
ARTICLE 17 - SANCTIONS INTERNATIONALES.....	27
TITRE 2 - GARANTIE FRAIS DE SANTE.....	28
ARTICLE 18 - OBJET DE LA GARANTIE	28
ARTICLE 19 - BÉNÉFICIAIRES	28
ARTICLE 20 - SUBROGATION.....	28
ARTICLE 21 - FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION - EXCLUSIONS	28
ARTICLE 22 - LE CONTRAT RESPONSABLE.....	29
ARTICLE 23 - COUVERTURE.....	30
ARTICLE 24 - DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE.....	30
ARTICLE 25 - PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS	30
ARTICLE 26 - LA CONSTITUTION DE VOS DOSSIERS.....	31
ARTICLE 27 - DÉCHÉANCE	32
ANNEXE 1 – GARANTIES ET SERVICES SANTE COMPLEMENTAIRES ..	33
ANNEXE 2 – EXEMPLES DE REMBOURSEMENT	39

Vos garanties frais de santé 2026

Sont présentés ci-après les montants totaux remboursés par l'organisme assureur au titre du **REGIME SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE + OPTION 2** et du **REGIME SURCOMPLEMENTAIRE HAUT DE GAMME RESPONSABLES**.

Ils viennent compléter **ceux de la Sécurité sociale française** et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Pour les garanties prises en charge par la Sécurité Sociale, le remboursement ne peut être inférieur à 100% TM.

Tous les actes pratiqués en secteur non conventionné sont indemnisés sur la base du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.

L'assuré bénéficie du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

MONTANT DES PRESTATIONS

**Rappel des garanties
Socle + Option 2
EEP Santé**
**Régime surcomplémentaire
Haut de gamme
(y compris Socle + Option 2
EEP Santé)**
Responsable

Hospitalisation (y compris frais de maternité)		
Frais de séjour	100% TM + 150% BR	100% TM + 350% BR
Honoraires		
Médecins adhérents à l'un des DPTM	100% TM + 150% BR	100% TM + 350% BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTM	100% TM + 100% BR	100% TM + 100% BR
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Forfait actes lourds	100% du forfait	100% du forfait
Forfait patient urgences	100% du forfait	100% du forfait
Chambre particulière (y compris maternité) par jour	2,5% PMSS ¹	3,5% PMSS ¹
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	2% PMSS ¹	2% PMSS ¹
¹ PMSS en vigueur au 1^{er} jour de l'hospitalisation		
Maternité		
Forfait maternité – montant par enfant (y compris en cas d'adoption)	15% PMSS ²	20% PMSS ²
² PMSS en vigueur à la date de la naissance ou de l'adoption		
Dentaire		
Soins et prothèses 100% Santé*	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Soins (Hors 100% Santé)		
Consultations, soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale (curetage / surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	200 euros / an / bénéficiaire	400 euros / an / bénéficiaire
Prothèses (Hors 100 % Santé)		
Panier Maitrisé **		
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	100% TM + 300% BR	100% TM + 350% BR
	dans la limite de 100% HLF-MR	
Prothèses amovibles et prothèses provisoires	100% TM + 300% BR	100% TM + 350% BR
	dans la limite de 100% HLF-MR	
Inlay Core	100% TM + 150% BR	100% TM + 150% BR
	dans la limite de 100% HLF-MR	
Inlays onlays d'obturation	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
	dans la limite de 100% HLF-MR	
Panier Libre ***		
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	100% TM + 300% BR	100% TM + 350% BR
Prothèses amovibles et prothèses provisoires	100% TM + 300% BR	100% TM + 350% BR
Inlays Core	100% TM + 150% BR	100% TM + 150% BR
Inlays onlays d'obturation	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité Sociale (couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées)	200% BR reconstituée	300% BR reconstituée

MONTANT DES PRESTATIONS

**Rappel des garanties
Socle + Option 2
EEP Santé**
**Régime surcomplémentaire
Haut de gamme
(y compris Socle + Option 2
EEP Santé)**
Responsable

Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	100% TM + 200% BR	100% TM + 350% BR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale, par semestre	200% BR reconstituée	300% BR reconstituée
Implantologie dentaire		
Par implant	450 euros	800 euros

***Soins et prothèses 100% Santé**

Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

**** Panier Maitrisé**

Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)

***** Panier Libre**

Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.

Soins courants
Honoraires médicaux

Consultation - Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTM	100% TM + 50% BR	100% TM + 350% BR
Consultation - Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTM	100% TM + 30% BR	100% TM + 100% BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre adhérent à l'un des DPTM	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre non adhérent à l'un des DPTM	100% TM + 80% BR	100% TM + 100% BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité Sociale https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/	100% TM	100% TM
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100% TM + 80% BR	100% TM + 100% BR
Téléconsultation Prise en charge au titre des honoraires médicaux	Inclus	Inclus

Imagerie médicale

Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100% TM + 100% BR	100% TM + 350% BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100% TM + 80% BR	100% TM + 100% BR

Analyses et examens de laboratoire

pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM + 50% BR	100% TM + 350% BR
--	------------------	-------------------

Honoraires paramédicaux

Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes	100% TM + 50% BR	100% TM + 350% BR
---	------------------	-------------------

Médicaments

Médicaments et vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM
---	---------	---------

MONTANT DES PRESTATIONS

**Rappel des garanties
Socle + Option 2
EEP Santé**
**Régime surcomplémentaire
Haut de gamme
(y compris Socle + Option 2
EEP Santé)**
Responsable

Médicaments		
Médicaments prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale	100 euros par an et par bénéficiaire	100 euros par an et par bénéficiaire
Vaccins		
Vaccin contre la grippe saisonnière, non remboursé par la Sécurité Sociale	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Autres vaccins prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non pris en charge par la Sécurité Sociale)	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire
Matériel Médical		
Equipement 100% santé ****	100% PLV-MR	100% PLV-MR
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses (non pris en charge au titre des postes prothèses dentaires, auditives et optiques), pris en charge par la Sécurité sociale.	100% TM + 100% BR	100% TM + 100% BR
**** Equipement 100% santé		
Cette garantie comprend la prise en charge prothèses capillaires de classe II à prise en charge renforcée et la prise en charge du forfait de mise à disposition et de livraison pour la location de courte durée des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH), tels que prévus aux titres I et IV de la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).		
Médecines non conventionnelles		
Actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par séance	50 euros	50 euros
	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue	Acupuncteur Chiropracteur Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans Etiopathe Ostéopathe Pédicure – Podologue
dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	4 séances	5 séances
Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Nous prenons en charge les actes suivants sous réserve que le praticien soit un professionnel de santé inscrit à l'un des répertoires suivants : ADEL1 ou RPPS. Ce professionnel doit donc être un médecin, un ostéopathe ou un auxiliaire médical au sens du Livre III de la 4e partie du Code de la santé publique (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.), un ostéopathe ou un psychologue.		
Aides auditives		
Equipements 100% Santé * Classe 1	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements à tarifs libres Classe 2		
Adultes- bénéficiaires de 21 ans ou plus	700 euros - MR	700 euros - MR
Enfants - bénéficiaires de moins de 21 ans ou personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	1700 euros - MR	1700 euros - MR
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

*** Equipements 100% Santé**

Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

MONTANT DES PRESTATIONS

**Rappel des garanties
Socle + Option 2
EEP Santé**
**Régime surcomplémentaire
Haut de gamme
(y compris Socle + Option 2
EEP Santé)**
Responsable

Prévention		
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.	100% TM	100% TM
Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).	100% TM	100% TM
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.	100% TM	100% TM
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).	100% TM	100% TM
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 : <ul style="list-style-type: none"> . 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). 	100% TM	100% TM
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 du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.	100% TM	100% TM
Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : <ul style="list-style-type: none"> . 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 	100% TM	100% TM
Optique		
Verres et monture		
Equipements 100% Santé Classe A (*) (***)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	

MONTANT DES PRESTATIONS



**Rappel des garanties
Socle + Option 2
EEP Santé**

**Régime surcomplémentaire
Haut de gamme
(y compris Socle + Option 2
EEP Santé)**

Responsable

Equipements libres – Classe B ^(**) ^(***)				
Grille optique - Verres et monture à tarifs libres				
Verre Unifocal / Multifocal / Progressif	Avec / Sans Cylindre	SPH = Sphère CYL = Cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant par verre	
Unifocal	Sphérique	SPH de -6 à + 6 (a)	90 euros -MR	110 euros -MR
		SPH < à -6 ou > à + 6	100 euros -MR	120 euros -MR
	Sphéro cylindrique	SPH de -6 à 0 et CYL < ou = à + 4	100 euros -MR	120 euros -MR
		SPH > à 0 et S < ou = à + 6	100 euros -MR	120 euros -MR
		SPH > à 0 et S > à + 6	100 euros -MR	120 euros -MR
		SPH < à - 6 et CYL > ou = à + 0,25	110 euros -MR	130 euros -MR
		SPH de - 6 à 0 et CYL > à + 4	130 euros -MR	150 euros -MR
Progressif et Multifocal	Sphérique	SPH de -4 à + 4	190 euros -MR	210 euros -MR
		SPH < à -4 ou > à + 4	210 euros -MR	230 euros -MR
	Sphéro cylindrique	SPH de -8 à 0 et CYL < ou = à + 4	220 euros -MR	240 euros -MR
		SPH > 0 et S < ou = à + 8	220 euros -MR	240 euros -MR
		SPH de - 8 à 0 et CYL > à + 4	220 euros -MR	240 euros -MR
		SPH > à 0 et S > à + 8	220 euros -MR	240 euros -MR
		SPH < à - 8 et CYL > ou = à + 0,25	220 euros -MR	240 euros -MR
Monture			100 euros - MR	100 euros - MR

(a) Le verre neutre est compris dans cette classe

(*) Equipements 100% Santé – Classe A :

Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes

() Equipements libres – Classe B :**

Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes

(*) Conditions de renouvellement de l'équipement :**

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

§ Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

§ Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

§ Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai.

MONTANT DES PRESTATIONS



**Rappel des garanties
Socle + Option 2
EEP Santé**

**Régime surcomplémentaire
Haut de gamme
(y compris Socle + Option 2
EEP Santé)**

Responsable

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

MONTANT DES PRESTATIONS



Rappel des garanties
Socle + Option 2
EEP Santé

Régime surcomplémentaire
Haut de gamme
(y compris Socle + Option 2
EEP Santé)

Responsable

Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100% TM, dans la limite des PLV - MR	100% TM, dans la limite des PLV - MR
Supplément pour verres avec filtres de classe B		
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% TM	100% TM
Autres postes optique		
Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	5% PMSS ³	8% PMSS ³
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de	100% TM	100% TM
La chirurgie réfractive, par œil	25% PMSS ⁴	25% PMSS ⁴

³ PMSS en vigueur au jour de la dépense

⁴ PMSS en vigueur au jour de l'intervention

Autres postes		
Frais de Transport du malade en véhicule sanitaire	100% TM + 100% BR	100% TM + 150% BR
Télésurveillance médicale remboursée par la Sécurité Sociale	100% TM	100% TM
Cures Thermales	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR
+ Forfait par bénéficiaire	10% PMSS ⁵	15% PMSS ⁵

⁵ PMSS en vigueur au jour de l'intervention

Garanties et services santé complémentaires - Annexe 1

Bien-être et prévention	
Prévention cancer	Inclus
La santé au travail : aider l'établissement à jouer son rôle d'acteur de santé avec Préventelis	Inclus
Santé au quotidien	
Chat médico-social	Inclus
Le réseau Itélis permet aux assurés d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget. La description de ce service est donnée au chapitre correspondant	Inclus
Second avis médical	Inclus
Accompagnement dans les moments difficiles	
Palmarès des hôpitaux	Inclus
Les services d'assistance : CONFORT	Inclus
Le contrat bénéficie des services de protection juridique et d'assistance en cas de violences intrafamiliales	Inclus

Pour mieux comprendre les garanties

DPTM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

PMSS = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

TM = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR = Frais réels.

FR-MR = Frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

EUROS - MR = Montant en Euros sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

SECURITE SOCIALE = il s'agit du régime d'assurance maladie obligatoire, prenant en charge les remboursements des frais de santé et régi par le Code de la Sécurité sociale français.

HLF = **Les Honoraires Limites de Facturation** correspondent au prix maximum de vente à l'assuré social. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale. Ils sont fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire**

PLV = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale.**

ETENDUE DES GARANTIES

(dans la limite des garanties présentes et définies au tableau des garanties)

HOSPITALISATION

Sont pris en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétricale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale, sont également pris en charge :

- . les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile,
- . l'hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétricale de moins de 24 heures,
- . l'intervention chirurgicale sans hospitalisation.

Les frais de séjour comprennent les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques.

L'hospitalisation comprend également la maternité; les frais, y compris les dépassements d'honoraires sont pris en charge au 1^{er} jour d'hospitalisation,

MATERNITE

Les frais de maternité, inhérents à la naissance, pris en charge par les assurances sociales au titre de l'assurance maternité, ouvrent droit, sur présentation d'un extrait d'acte de naissance, et dans la mesure où ils ont été exposés pendant la période d'assurance, à un forfait. Ce forfait est versé par enfant et concerne également l'adoption plénière.

AIDES AUDITIVES

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

CURES THERMALES

L'indemnité complémentaire ne peut, en tout état de cause, excéder la différence entre les frais réels et les prestations versées au même titre par la Sécurité sociale et tout autre organisme. La durée de prise en charge est identique à celle de la Sécurité sociale française.

OPTIQUE

Définition des lentilles correctrices : Les lentilles de contact sont des verres correcteurs qui, posés sur la cornée, corrigent la vue du bénéficiaire de manière instantanée. Toute lentille ne permettant pas de correction optique instantanée ne peut pas faire l'objet d'une prise en charge au titre de ce contrat. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que dans certains cas spécifiques.

En cas de fraude

Dans l'hypothèse où l'organisme assureur démontrerait une fraude commise par le participant ou les bénéficiaires couverts par le présent contrat, l'organisme assureur se réserve le droit de demander le remboursement des sommes trop payées au titre des prestations santé, dans le respect des procédures réglementaires. La fraude inclut la manipulation délibérée des données médicales ou des documents médicaux (y compris factures, notes d'honoraires).

EXCLUSIONS :

Nous ne prenons pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale.

Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».

Si le bénéficiaire des soins consulte un médecin non conventionné avec la Sécurité sociale, la garantie est appliquée sur la base du tarif d'autorité.

DEFINITIONS

Adhérent	Il s'agit de l'employeur, personne morale ou physique qui souscrit le contrat auprès d'UNIPREVOYANCE, au profit de son personnel défini ci-après
Participant ou membre participant	Il s'agit du (ou des) salarié(s) assuré(s)
Bénéficiaire	Il s'agit de la personne couverte par le contrat d'assurance collective souscrit par l'adhérent
Garantie	Il s'agit de l'engagement d'UNIPREVOYANCE, en contrepartie du paiement de la cotisation prévue au contrat, de verser une prestation en cas de dépenses de frais de santé couvertes par le contrat, engagées au cours d'une période d'assurance
Prestation	Il s'agit de l'exécution de la garantie par UNIPREVOYANCE
Sécurité sociale	Il s'agit de l'organisme gestionnaire d'un régime socle de Sécurité sociale (Régime Général, Régime Alsace Moselle, Mutualité Sociale Agricole)
Contrat d'adhésion	Le contrat d'adhésion est formé du bulletin d'adhésion et des conditions générales
Base de remboursement	<p>Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2.</p> <p>On parle de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Tarif de convention (TC)</u> 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. - <u>Tarif d'autorité (TA)</u> lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention. - <u>Tarif de responsabilité (TR)</u> pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.
Conventionné / non conventionné	<p>Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance obligatoire.</p> <p>Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) ait passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Professionnel de santé : 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. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif de convention. Le tarif de convention est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter. <p>Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire sur la base du tarif de convention.</p> <p>Toutefois, les médecins conventionnés de « secteur 2 » sont autorisés à facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses</p>

dentaires. De manière générale, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la C2S (Complémentaire Santé Solidaire).

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 », très inférieur au tarif de convention. Les professionnels de santé non conventionnés sont très peu nombreux.

- Etablissements de santé : les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement ait passé ou non un contrat avec l'Agence Régionale de Santé compétente. Dans un établissement de santé privé qui n'a pas passé de contrat avec une Agence Régionale de Santé, les frais à la charge du patient sont plus importants.

DROM

Départements et régions d'outre-mer, constitués de la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et la Réunion.

Entente préalable

Accord entre un assuré et la Sécurité sociale ou l'assureur santé, qui doit être obtenu avant la réalisation de certains actes médicaux ou avant l'obtention de certains traitements. Cela permet de s'assurer que les soins ou traitements en question sont nécessaires et adéquats, et que leur prise en charge financière est bien établie.

Franchise médicale

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Son montant, au 31 mars 2024 est de :

- 1€ par boîte de médicaments,
- 1€ par acte médical,
- 4€ par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50€ par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 4€ par jours pour les actes paramédicaux et pas plus de 8 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la C2S et de l'Aide Médicale d'Etat, femmes enceintes (du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgée d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Les franchises ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé « responsable », sinon le contrat est requalifié en « non responsable ».

Parcours de soins coordonné

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

Est considéré 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 masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les infirmiers exerçant en pratique avancée (IPA), les gynécologues, les 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.

Participation forfaitaire

Participation forfaitaire de 2 €, au 15 mai 2024, laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes biologiques et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

Des enfants de moins de 18 ans ;

Des femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse ;

Et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) ou de l'Aide médicale de l'Etat (AME) ;

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50€ par année civile et par personne.

La participation forfaitaire de 2€ n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Territoire français

Il s'agit du territoire de la France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer (DROM).

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail etc.), ou selon que les soins sont dispensés dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24 €) pour certains actes dits « lourds ». La participation forfaitaire, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire responsable (sauf exceptions).

Travailleur frontalier

Personne résidant dans un pays voisin, traversant régulièrement la frontière entre les deux pays pour se rendre sur son lieu de travail.

TITRE 2 - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET

Le contrat sur-complémentaire Haut de Gamme a pour objet la mise en œuvre des garanties frais de santé complémentaires du personnel relevant des cadres selon le dispositif et non cadres selon le dispositif des établissements d'enseignement privés des Pays de Loire sous contrat assurés auprès d'UNIPREVOYANCE pour les garanties du régime EEP Santé.

Les garanties du contrat HAUT DE GAMME doivent être souscrites en complément de l'option 2 du régime EEP Santé d'UNIPREVOYANCE.

ARTICLE 2 - ADHESION

L'établissement qui souhaite adhérer à UNIPREVOYANCE, remplit et signe un bulletin d'adhésion complémentaire Haut de Gamme.

L'établissement représenté par le chef d'établissement, par toute personne dûment habilitée, ou par une personne morale, qui adhère à UNIPREVOYANCE pour ses salariés, est désigné sous le terme « adhérent » dans la suite du document.

Le salarié assuré sera désigné sous les termes « participant » ou « membre participant ».

L'engagement réciproque de l'adhérent et d'UNIPREVOYANCE résulte de la signature du bulletin d'adhésion par les deux parties.

La signature du bulletin d'adhésion par UNIPREVOYANCE vaut acceptation du risque et forme ainsi, avec les conditions générales, le contrat d'adhésion, sous réserve que ce dernier soit retourné signé par l'adhérent dans les trente jours suivant la date d'effet du bulletin d'adhésion.

UNIPREVOYANCE met à disposition de l'adhérent ses statuts afin notamment de l'informer des modalités de la participation de l'adhérent et des participants à la gouvernance de l'institution.

ARTICLE 3 - DUREE DU CONTRAT – RESILIATION

Article 3.1 Durée du contrat

L'adhésion prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion et expire au 31 décembre suivant. Elle se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque exercice civil.

Article 3.2 Résiliation de l'adhésion

La résiliation du contrat EEP SANTE entrainera automatiquement la résiliation du présent contrat.

L'adhésion peut être résiliée à l'initiative de l'adhérent :

- à l'échéance annuelle de son renouvellement, en notifiant la résiliation avec un préavis minimum de deux mois, la date d'expédition de la notification faisant foi pour le respect du délai,
- à tout moment sans frais ni pénalité, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception par l'institution de la notification de résiliation.

La demande de résiliation peut, au choix, nous être notifiée conformément à l'article L932-12-2 du Code de la Sécurité sociale :

- par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale d'Uniprévoyance : Service des Résiliations, 38-42 rue Cuvier – CS 80 002 – 93102 Montreuil Cedex,
- par voie électronique à resiliationscollectives@uniprevoiance.fr,
- par tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'institution,
- par acte extrajudiciaire,
- lorsque l'institution propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

A réception de la notification, une confirmation écrite sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Par ailleurs, le nouvel assureur peut être mandaté pour notifier la demande de résiliation par lettre recommandée papier ou électronique et pour accomplir les formalités nécessaires à la continuité des couvertures.

Seule la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert n'est due (cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation). En cas de trop perçu, le solde sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues à [l'Article 7](#).

Si la résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation, les garanties sont maintenues, sous réserve du paiement des cotisations jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance. Le nouvel organisme assureur s'assure de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

L'adhésion prend fin lorsque le groupe assuré a disparu.

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties. Des maintiens de garantie sont cependant prévus dans les conditions fixées à [l'Article 6](#).

Sortie du champ d'application de l'accord collectif

L'adhérent, le cas échéant l'établissement l'ayant absorbé, doit informer par écrit sans délai UNIPREVOYANCE de tout changement d'activité ayant pour conséquence de le placer en dehors du champ d'application de l'accord collectif (notamment à l'occasion d'opérations de fusion-absorption, de restructuration, de regroupements d'activités ...).

Cette situation entraîne de plein droit la résiliation du présent contrat à la date de sortie du champ d'application de l'accord collectif.

Article 3.3 Information des participants

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation, l'adhérent s'engage à informer l'ensemble des salariés ou anciens salariés assurés de la cessation des garanties.

Ceux-ci peuvent souscrire un contrat à titre individuel, parmi l'offre frais de santé d'UNIPREVOYANCE.

ARTICLE 4 - MODALITES D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS

Sont garantis au titre de participants l'ensemble des salariés de l'adhérent :

- sous contrat de travail ou dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période :
 - d'un maintien de salaire, total ou partiel,
 - de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale (à l'exclusion de ceux dont le contrat de travail est suspendu dans les cas visés à l'Article 5.3 (et sauf application de l'Article 6.4.2), notamment pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise,

- d'un revenu de remplacement versé par l'adhérent (pour les salariés notamment placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée au sens des dispositions du Code du travail relevant des articles L. 5122-1 ; R. 5122-1 et suivants ou en activité partielle de longue durée conformément aux dispositions de la loi n°2020-734 du 17 juin 2020 (art.53) et du décret n° 2020-926 du 28 juillet 2020).
- affilié à la Sécurité Sociale.

Par ailleurs, l'adhésion est ouverte uniquement au participant adhérent à l'option 2 du régime EEP Santé auprès d'UNIPREVOYANCE.

ARTICLE 5 - PRISE D'EFFET, CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES

Article 5.1 Prise d'effet des garanties

Pour le participant

Les garanties prennent effet :

- à la date à laquelle le participant bénéficie du régime EEP Santé au titre de l'option 2 s'il choisit d'adhérer au régime complémentaire Haut de Gamme à cette date,
- à défaut, si le participant choisit d'adhérer au régime Haut de Gamme postérieurement à son affiliation au régime EEP Santé option 2, au 1er janvier suivant la réception de la demande du participant,
- en cas de changement de situation de famille, l'adhésion prend effet au 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande.

On entend par changement de situation de famille : le mariage, la signature d'un PACS, le concubinage, la séparation, le divorce, l'arrivée ou le départ d'un enfant à charge ou le décès d'un ayant droit.

Pour les ayants droit :

En cas d'extension des garanties aux **ayants droit**, ces derniers bénéficient du même niveau de garanties que le participant :

- au plus tôt à la même date d'affiliation que le participant,
- à défaut, au 1er jour du mois qui suit la date de réception par UNIPREVOYANCE de la demande d'affiliation.

Cette affiliation facultative est renouvelable le premier janvier de chaque année par tacite reconduction.

Article 5.2 Cessation des garanties

Pour le participant

Les garanties du présent contrat cessent :

- à la date de résiliation du contrat d'adhésion,
- à la date de fin du contrat de travail du participant ou de la sortie du participant de la catégorie de personnel visée sous réserve des dispositions prévues à [l'Article 6](#),
- à la date de suspension du contrat de travail du participant s'il ne bénéficie pas d'un maintien de rémunération totale ou partielle ou revenu de remplacement versé par l'adhérent ou encore d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale et sous réserve des dispositions prévues à [l'Article 6](#),
- à la date de départ en retraite, à l'exception des participants reprenant, sans interruption, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'adhérent sous réserve des dispositions prévues à [l'Article 6](#).

La radiation du participant entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des ayants droit.

Pour les ayants droit

En dehors du cas de la radiation du participant, les garanties cessent :

- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée, sous réserve que la demande écrite de radiation parvienne à l'institution au plus tard le 31 octobre, à la date à laquelle les **ayants droit** ne remplissent plus les conditions prévues à [l'Article 19](#) pour être bénéficiaires.

Cette radiation est irrévocable pendant 2 ans.

Article 5.3 Suspension des garanties

La garantie est suspendue de plein droit dans les cas où le contrat de travail est lui-même suspendu -sans versement de revenu de remplacement par l'employeur- pour les raisons suivantes :

- congé sabbatique visé à l'article L3142-28 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L3142-105 et suivants du Code du Travail ;
- congé parental d'éducation visé à l'article L1225-47 du Code du Travail ;
- congé de solidarité familiale visé à l'article L3142-6 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour projet de transition professionnelle visé aux articles D6323-9 et suivants du Code du travail ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- détention pénitentiaire.

La suspension intervient au jour de la suspension du contrat de travail, à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail du participant au sein de l'effectif assuré, sous réserve qu'UNIPREVOYANCE en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du participant concerné.

Le participant peut toutefois obtenir le maintien des garanties dans les conditions prévues à [l'Article 6.4](#).

ARTICLE 6 - MAINTIENS DES GARANTIES

Article 6.1 Maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale (PORTABILITE DES DROITS).

La couverture est maintenue, aux mêmes clauses et conditions, aux membres du personnel dont la cessation ou la rupture du contrat de travail ouvre droit à la prise en charge par le régime d'Assurance Chômage, sauf :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire santé n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la cessation ou de la rupture de son contrat de travail.

S'ils bénéficiaient du contrat, le maintien demandé par l'ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues.

6.1.1 Prise d'effet et durée du maintien

L'ensemble des garanties du présent contrat sera maintenu, à compter du lendemain du jour de la cessation ou de la rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée, telle que déclarée par l'adhérent, est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

6.1.2 Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier des événements suivants :

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe « Prise d'effet et durée du maintien »,

- à la date à laquelle l'ancien salarié cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès),
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après,
- à la date de résiliation du contrat d'assurance collective ou de l'adhésion.

En tout état de cause, les bénéficiaires pourront demander, dans les six mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989. UNIPREVOYANCE adresse une proposition de maintien de la couverture aux anciens salariés dans un délai de 2 mois à compter de la fin de la période de portabilité.

6.1.3 Modalités du maintien des garanties

L'adhérent doit informer UNIPREVOYANCE de toute cessation de contrat de travail ouvrant droit au dispositif et notamment adresser la demande nominative de maintien des garanties de l'ancien salarié dans un délai d'un mois suivant la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'adhérent d'informer le participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

UNIPREVOYANCE conditionne le versement des prestations, notamment, à la justification par l'ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage à la date du sinistre. L'ancien salarié en situation d'être pris en charge par le régime d'assurance chômage, mais qui ne perçoit pas ou plus d'allocations chômage à cette date parce qu'il bénéficie d'un congé maternité ou d'un arrêt de travail à la date du sinistre, devra fournir les justificatifs correspondants.

Le participant s'engage à fournir à UNIPREVOYANCE :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- L'attestation de paiement des allocations Chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié s'engage à informer UNIPREVOYANCE de toute cause entraînant la cessation anticipée du maintien des garanties. Sont visées notamment les causes suivantes :

- la reprise d'un autre emploi,
- l'impossibilité de justifier auprès de l'institution de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- la survenance de la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale.

A défaut de réception des pièces mentionnées ci-dessus permettant de définir précisément les droits et durée au dispositif de portabilité, la durée du maintien des garanties sera fixée pour une durée temporaire à compter de la date de cessation du contrat de travail. Cette durée pourra être prolongée à la demande du participant sous réserve que ce dernier fournisse à UNIPREVOYANCE les pièces justificatives énumérées ci-dessus.

Si le participant a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait pu prétendre, une éventuelle récupération des prestations perçues indument pourra être mise en œuvre.

6.1.4 Cotisations

Au titre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, le maintien de garantie est financé par la cotisation des salariés actifs.

Article 6.2 Maintien des garanties au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé

Les garanties peuvent être maintenues aux ayants droit de participant décédé pendant douze mois maximum à compter de la date de décès du participant, sous réserve :

- qu'ils soient inscrits au contrat à la date du décès du participant,
- que les demandes individuelles d'affiliation, soient adressées à UNIPREVOYANCE dans les six mois suivant le décès ; LE DEPASSEMENT DE CE DELAI ENTRAINE FORCLUSION DEFINITIVE.

A condition d'en avoir été informé par l'adhérent, UNIPREVOYANCE adresse une proposition de maintien de la couverture aux ayants droit de l'assuré dans les 2 mois suivants le décès.

Au titre de ce maintien de garanties, sont également considérés comme ayants droit du participant, les enfants nés moins de 300 jours après le décès du participant.

Le maintien de l'assurance cesse en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'adhésion.

Cette assurance est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical.

Ce maintien est accordé sans contrepartie de cotisation.

Article 6.3 Maintien des garanties au titre de l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989 élargi au bénéfice des ayants droit

Les personnes suivantes peuvent continuer à bénéficier des garanties du contrat dans le cadre d'une adhésion facultative :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme du maintien des garanties prévu à [l'Article 6.1](#) ci-dessus.
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme du maintien des garanties prévu à [l'Article 6.1](#) ci-dessus.
- les personnes garanties du chef du participant décédé, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la fin du maintien prévu à [l'Article 6.2](#) ci-dessus.

6.3.1 Modalité d'adhésion

A condition qu'UNIPREVOYANCE en ait été informé par l'adhérent, UNIPREVOYANCE adresse une proposition de maintien de la couverture aux intéressés dans un délai de 2 mois à compter de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre de la portabilité telle que prévue à [l'Article 6.1](#) ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre du décès du participant telle que prévue à [l'Article 6.2](#).

L'adhésion de l'ancien salarié ou des personnes garanties du chef du salarié décédé est subordonnée au paiement de la cotisation correspondante et à la signature du bulletin individuel d'affiliation spécifique aux maintiens qui lui est remis par l'adhérent ou par UNIPREVOYANCE.

Le participant ainsi que ses ayants droit sont couverts au niveau des garanties dont ils bénéficiaient lorsque le salarié était en activité.

Au titre de ce maintien de garanties, sont également considérés comme ayants droit du participant, les enfants nés moins de 300 jours après le décès du participant.

Les garanties sont accordées sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical.

6.3.2 Prise d'effet des garanties

Sous réserve du paiement des cotisations, la garantie prend effet au lendemain de leur demande et au plus tôt :

- le lendemain de la rupture du contrat de travail de l'ancien membre participant, ou le cas échéant au terme du maintien des garanties prévues à [l'Article 6.1](#),
- au terme du maintien des garanties prévu à [l'Article 6.2](#) ci-dessus pour les personnes garanties du chef du participant décédé.

6.3.3 Cotisations

Les cotisations sont indiquées sur le bulletin individuel d'affiliation. Elles sont payables par le participant, mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil, selon les conditions définies à [l'Article 7](#) et sur le bulletin individuel d'adhésion.

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations pour lui-même et pour ses ayants droit. A ce titre, le participant remet notamment un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement.

Les cotisations sont payables mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil.

6.3.4 Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée au participant l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation de l'adhésion facultative.

Si, pendant la période de suspension, le participant paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

6.3.5 Cessation des garanties

Le maintien de garanties cesse pour chaque participant :

- **en cas de défaut de paiement des cotisations tel que prévu à l'Article 6.3.4,**
- **à la date de résiliation de l'adhésion par le participant au moins deux mois avant la fin de l'année civile ou,**
- **à tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.**

Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception par l'institution de la notification de résiliation.

La demande de résiliation peut, au choix, nous être notifiée conformément aux dispositions prévues par le Code de la Sécurité sociale et le Code des Assurances :

- par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale d'Uniprévoyance : Service des Résiliations, 38-42 rue Cuvier – CS 80 002 – 93102 Montreuil Cedex,
- par voie électronique à resiliationscollectives@uniprevoiance.fr,
- par tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'institution,
- par acte extrajudiciaire,
- lorsque l'institution propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

A réception de la notification, une confirmation écrite sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Seule la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert n'est due (cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation). En cas de trop perçu, le solde sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions prévues à l'**Article 6.3.4**.

Si la résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation, les garanties sont maintenues, sous réserve du paiement des cotisations jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance. Le nouvel organisme assureur s'assure de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

La dénonciation de l'adhésion est définitive tant pour le participant que pour ses ayants droit.

- **et en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.**

Dans cette éventualité, la Commission Paritaire Nationale EEP Santé et UNIPREVOYANCE pourront, à la demande des partenaires sociaux, convenir des modalités de transfert des personnes garanties au titre du présent article.

Seuls les frais médicaux dont la date de soins figure sur le décompte de la Sécurité sociale, et qui sont antérieurs à la date de la cessation des garanties pourront donner lieu à prise en charge.

6.3.6 Assurance individuelle

Si l'ancien salarié ne souhaite pas bénéficier du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989, il peut souscrire une des formules d'assurance à adhésion individuelle dans les conditions proposées par UNIPREVOYANCE.

Les garanties sont accordées sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical au profit des participants concernés lorsqu'elles sont au plus équivalentes au régime dont bénéficiait le participant à la date de résiliation.

Les cotisations sont fixées par UNIPREVOYANCE en fonction des garanties proposées.

Article 6.4 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail et en situation d'activité partielle

6.4.1 Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

Le bénéfice du contrat est maintenu au profit des participants dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement, en cas de maintien de salaire total ou partiel ou par le versement d'un revenu de remplacement ou par la perception d'indemnités journalières ou rente d'invalidité de la Sécurité Sociale.

Il est également maintenu à titre obligatoire dans la situation d'un salarié placé en activité partielle au sens des dispositions du Code du travail relevant des articles L. 5122-1 ; R. 5122-1 et suivants ou en activité partielle de longue durée conformément aux dispositions de la loi n°2020-734 du 17 juin 2020 (art. 53) et du décret n° 2020-926 du 28 juillet 2020.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants droit du salarié, bénéficiaires dans le cadre d'une extension facultative.

Il s'effectue moyennant paiement des cotisations calculées selon les mêmes règles que pour le personnel en activité.

6.4.2 Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Par dérogation à [l'Article 5.3](#), les participants dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucune rémunération ou indemnisation dans les conditions mentionnées ci-dessus ont la possibilité de demander le maintien des garanties.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du participant des cotisations correspondantes.

A défaut de paiement des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée au participant l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation de l'adhésion.

Si, pendant la période de suspension, le participant paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

ARTICLE 7 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Le participant est seul responsable du paiement des cotisations pour lui-même et pour ses ayants droit indiqués sur le bulletin individuel d'affiliation. A ce titre, le participant remet notamment un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement.

Les cotisations sont payables mensuellement à terme d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil.

A défaut de paiement des cotisations dans les conditions ci dessus, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée au participant l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation de l'adhésion facultative.

Si, pendant la période de suspension, le participant paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

ARTICLE 8 - PRESTATIONS

Les modalités de service des prestations sont définies au [Titre 2 – Garantie Frais de santé](#) ci-après.

ARTICLE 9 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'adhésion se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Lorsque l'action de l'adhérent ou du participant contre l'institution 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'adhérent ou le participant ou a été indemnisé par celui-ci.

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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé par l'institution à l'adhérent ou au participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant ou le bénéficiaire à l'institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- **La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).**
- **La demande en justice, même en référé, qui 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 2241 du Code civil).**
- **L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 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 2243 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 2244 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 2245 du Code civil).

• L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'adhésion 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.

ARTICLE 10 - FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle émane du participant et change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'institution alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation de ce risque, la garantie accordée par l'institution à ce participant est nulle.

ARTICLE 11 - ÉLECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution du contrat, l'adhérent doit faire obligatoirement élection de domicile en France métropolitaine ou dans les départements et collectivités d'outre-mer.

ARTICLE 12 - FONDS SOCIAL

Les participants bénéficieront du fonds social existant au sein d'UNIPREVOYANCE.

ARTICLE 13 - ORGANISME DE CONTROLE DES ASSURANCES

L'organisme de contrôle des organismes assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) située : 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 14 - Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le participant et les bénéficiaires sont informés par l'institution, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'institution a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@uniprevoyance.fr.

a. Les données à caractère personnel du salarié et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'institution ou d'autres sociétés du groupe,
- la gestion des avis du salarié et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par l'institution ou ses partenaires,
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux,
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le salarié et les bénéficiaires,
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification du salarié et des bénéficiaires,

- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, incluant un dispositif mutualisé des données du contrat et des sinistres déclarés auprès de l'institution, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA),
- la proposition au salarié et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'institution ou ses partenaires,
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du salarié et des bénéficiaires,

L'institution s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du salarié et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, l'institution utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») du salarié et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique du participant et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

b. Destinataires des traitements des données personnelles

Les destinataires des données à caractère personnel du salarié et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de l'institution dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu. Les données de santé du salarié et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de l'institution et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'institution s'engage à ce que les données à caractère personnel du salarié et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Si des données à caractères personnel du participant et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays de l'Union Européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, l'institution s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance varient-en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'institution et des prescriptions légales applicables.

L'institution et ses partenaires s'engagent à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données du participant et des bénéficiaires et à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

c. Droit des personnes concernées

Le participant et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Le participant et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi.

Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@uniprevoyance.fr.

En cas de réclamation relative à la protection des données, le salarié et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Le salarié et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Worldline. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr. »

ARTICLE 15 - RECLAMATIONS - MEDIATION

L'adhérent, le participant ou un ayant droit du participant peut, en cas de désaccord avec l'organisme assureur, effectuer sa réclamation auprès de son interlocuteur habituel.

Adresser une réclamation :

Dans tous les cas, le demandeur doit formaliser par écrit sa réclamation afin que l'organisme assureur puisse répondre au mieux à son insatisfaction, et l'adresser au « Service Réclamations », en écrivant à l'adresse suivante :

UNIPREVOYANCE
Service Réclamations
38-42 rue Cuvier – CS 80 002
93102 Montreuil Cedex

Nos engagements :

Un accusé réception sera adressé au demandeur dans un délai maximum de 10 jours.

La situation du demandeur sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée lui sera adressée dans un délai maximum de 60 jours.

Saisine du Médiateur de la Protection Sociale :

Le demandeur peut saisir le Médiateur de la protection sociale :

- Dans un délai de 2 mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait reçu une réponse ou non de la part de l'organisme assureur,
- Et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de sa première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- Par e-mail sur le site <https://www.fips-paritaire.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>
- Par courrier, à l'adresse suivante : Médiateur de la Protection sociale (FIPS) 10 rue Cambacérès, 75008 Paris.

ARTICLE 16 - LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'organisme recommandé est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du code monétaire et financier (articles L.561-1 et suivants du code monétaire et financier).

Afin de permettre à l'organisme recommandé de respecter ces obligations, l'adhérent s'engage à lui remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui concernent l'établissement ainsi que ceux concernant les participants. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit du participant.

L'adhérent s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, l'organisme recommandé réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

ARTICLE 17 - SANCTIONS INTERNATIONALES

Article 17.1 Définition

Pour les besoins du présent article, on entend par « **sanctions internationales** » toutes mesures restrictives financières ou commerciales décidées par un Etat ou une Organisation Internationale / Supranationale à l'encontre d'autres états, de territoires, de personnes physiques, de personnes (physiques ou morales) et / ou d'entités (de droit public ou privé).

Ces sanctions internationales peuvent notamment prendre les formes suivantes :

- Interdictions ou restrictions d'importations ou d'exportations (embargos) ;
- Confiscations, saisies, gels de biens ou d'avoirs ;
- Interdictions ou restrictions de certaines activités industrielles, commerciales ou services en particulier financiers dont assurantiels.

Ces sanctions internationales sont évolutives tant par leur nature que dans leurs domaines d'application. Elles sont publiques et peuvent être consultées sur les sites internet des Etats et des Organisations Internationales / Supranationales.

Article 17.2 Conséquences pour l'organisme assureur

Dans l'exercice de ses activités, l'organisme assureur est soumis de plein droit aux législations et réglementations d'ordre public édictées par la France, l'Union Européenne qui peuvent lui interdire d'exécuter les obligations résultant d'un contrat d'assurance telles que :

- Couvrir un risque et/ou ;
- Payer une somme d'argent ou fournir une prestation.

Par ailleurs, le non-respect par l'organisme assureur d'autres sanctions internationales peut exposer ce dernier, ses employés ou les sociétés du groupe auquel il appartient, à des risques de sanctions réglementaires, administratives, civiles et/ou pénales. Par conséquent, l'organisme assureur doit également veiller à la conformité de ses activités avec les sanctions internationales édictées par les Etats-Unis, le Royaume-Uni, l'ONU et le pays du siège social de l'organisme assureur.

Article 17.3 Effets sur l'exécution du contrat

▪ Suspension de l'obligation de couverture d'un risque

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs sanctions internationales visées à l'**Article 17.2**

Conséquences pour l'organisme assureur

l'exécution de l'obligation de l'organisme assureur de couvrir un risque en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en vigueur. Cette suspension cesse à compter du jour où lesdites sanctions internationales cessent d'affecter l'obligation de l'organisme assureur. Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension ne pourra donner lieu à garantie.

▪ Suspension de l'obligation de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs sanctions internationales visées à l'**Article 17.2**

Conséquences pour l'organisme assureur

, l'exécution de l'obligation de l'organisme assureur de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation en application du présent contrat est suspendue dès leur entrée en vigueur. Cette suspension s'applique notamment dans le cadre d'un sinistre ou d'un remboursement total ou partiel de cotisation. Toute somme contractuellement due par l'organisme assureur et dont le paiement aurait été reporté du fait des sanctions internationales redeviendra exigible à compter du jour où lesdites sanctions internationales cesseront d'affecter l'obligation de l'organisme assureur. Il en est de même, lorsque cela est possible, de la fourniture de la prestation qui avait été ainsi suspendue. L'organisme assureur devra informer l'adhérent et/ou le participant, par écrit motivé, de tout refus de prise en charge d'un sinistre en raison de l'existence d'une ou plusieurs sanctions internationales.

TITRE 2 - GARANTIE FRAIS DE SANTE

ARTICLE 18 - OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet le versement :

- d'une indemnité complétant les remboursements effectués notamment par les assurances sociales, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie,
- d'une indemnité en cas de maternité ou de cure thermale.

La garantie est souscrite en complément de l'option 2 du régime EEP Santé d'UNIPREVOYANCE.

ARTICLE 19 - BÉNÉFICIAIRES

Le participant bénéficie des garanties.

Ce dernier peut choisir de faire bénéficier des garanties du contrat, à ses ayants droit définis ci-après :

1. **le conjoint** non divorcé ni séparé du salarié.

Est assimilé au conjoint la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS), le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil.

2. **les enfants** du salarié ou ceux qu'il a accueillis (familles recomposées) ayant moins de 21 ans.

Sont également considérés comme tels :

- les enfants âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation) ;
- les enfants âgés de moins de 28 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi) ;
- les enfants quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 21ème anniversaire.

Pour les nouveaux nés ou les enfants venant d'être adoptés, l'affiliation des enfants du participant ou de son conjoint (tel que défini plus haut) prend effet à sa date de naissance ou de son arrivée au foyer.

Afin que cette prise d'effet soit possible, l'adhésion peut se faire par anticipation.

ARTICLE 20 - SUBROGATION

Dans la limite des prestations prises en charge par l'institution, celle-ci est subrogée dans les droits du participant ou de ses ayants droit, victimes d'un accident à l'égard du tiers responsable.

ARTICLE 21 - FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATION - EXCLUSIONS

21.1 Les frais ouvrant droit à prestation sont, sous réserve des dispositions des paragraphes **21.2** et **21.3** ci-après, ceux énumérés à l'[Article 23](#) du présent titre qui, concernant des traitements de maladie ou d'accident, ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale et pour lesquels la date des soins figurant sur le bordereau de la Sécurité Sociale est comprise entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la nomenclature en vigueur ou dans la liste des produits et prestations, et qui n'ont pas donné lieu à une prescription médicale ou à un remboursement de la Sécurité Sociale, ouvrent droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite à l'[Article 23](#) du présent titre.

Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».

Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger (déplacement occasionnel), le remboursement se fait sur la base de remboursement des régimes d'Assurance Maladie Obligatoires français figurant dans les nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire française (NGAP, CCAM, NABM, LPP, GHS).

21.2 Une demande de prise en charge est exigée s'agissant d'un séjour en maison de repos et de convalescence non exclu aux termes du paragraphe **21.3** ci-après.

21.3 SONT EXCLUS DE LA GARANTIE, LES FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE TRAITEMENT, NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE, REALISES
- EN ETABLISSEMENTS DE POST-CURE,
- EN CENTRE DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE,
- EN CENTRE SPECIALISE DE SOINS POUR TOXICOMANES

21.4 L'organisme assureur ne prend pas en charge les actes non remboursés par la Sécurité sociale lorsqu'ils sont effectués en dehors du territoire français, à l'exception de ceux :

- Effectués par un participant ayant le statut de travailleur frontalier, ou de ses bénéficiaires, s'ils sont domiciliés en dehors du territoire français, et si ces soins sont effectués dans leur pays de résidence principale ;
- Intervenant dans le cadre de soins inopinés (hospitaliers ou ambulatoires), ou de soins programmés avec entente préalable de l'Institution.

Ces exceptions ne s'appliquent pas à la garantie « médecines non conventionnelles ».

ARTICLE 22 - LE CONTRAT RESPONSABLE

Le présent contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la Loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

En conséquence :

• il prend en charge :

- l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
- l'intégralité du forfait patient urgence,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée,
- l'intégralité des dépenses sans reste à charge pour l'assuré pour certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant les plafonds des Prix Limites de Vente conventionnels et les Honoraires Limites de Facturation.

• il ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) au-delà de la limite fixée par décret,
- la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).
- les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente et des Honoraires Limites de Facturation, des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.
- la participation forfaitaire applicable aux consultations et à certains examens médicaux,
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.

Le présent contrat respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Il permet également aux salariés de l'entreprise adhérente, et à leurs ayants droit le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent et à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les aides auditives, l'optique et le dentaire.

En outre, le présent contrat :

- respecte le niveau minimum des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du code de la Sécurité sociale,
- reprend l'ensemble des libellés normés conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

ARTICLE 23 - COUVERTURE

Les montants de prestations sont présentés dans la section [VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE 2026](#).

ARTICLE 24 - DÉCLARATIONS – JUSTIFICATIONS – CONTRÔLE

Les frais exposés doivent être justifiés par la production des notes d'honoraires, mémoires ou factures établis en bonne et due forme et portant les nom et prénoms du malade.

Les remboursements ne seront effectués que pour les frais engagés au titre d'accident, de maladie ou de maternité postérieurement à la date d'effet de la garantie pendant la durée de cette garantie.

En vue du règlement des prestations, un dossier de demande de prestations est rempli, accompagné des pièces justificatives mentionnées à [l'Article 25](#).

Tout dossier transmis sans justification de frais réels sera réglé sur la base du remboursement de la Sécurité Sociale et ne pourra faire l'objet d'aucun redressement ultérieur.

ARTICLE 25 - PIÈCES À FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE DE PRESTATIONS

Dans tous les cas :

- Originaux des décomptes des prestations servies par la Sécurité Sociale ou pièces numérisées, indiquant la qualité de la personne malade et le montant du remboursement au titre de l'Assurance Maladie et/ou Accident du Travail ou Maladies Professionnelles

- La prescription médicale,
- Le devis préalable lorsqu'il conditionne la prestation,
- Les pièces justificatives si le montant des frais réels ne figure pas sur le volet de décompte de la Sécurité Sociale. (*)

(*) Elles sont indispensables dans les cas suivants :

- Frais d'hospitalisation médicale et chirurgicale, frais d'accouchement :

Selon la facturation dont relève l'établissement :

- le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,
- l'original de la facture détaillée de l'établissement et notes d'honoraires correspondant à la chirurgie, datées et signées par le praticien ou l'établissement qui les a délivrées, mentionnant les nom et prénoms de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et le cas échéant, la nature des actes pratiqués,
- l'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement.

Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires ou pièces numérisées.

- Pharmacie : le bordereau subrogatoire du pharmacien en cas d'utilisation du tiers payant.
- Médicaments non pris en charge par la Sécurité Sociale : la prescription médicale et l'original de la facture.
- Autres postes (auditif, appareillage et prothèses diverses autres que dentaires, ...) : en cas de dépassement du tarif de la Sécurité Sociale, selon le cas, l'original de la facture détaillée ou la photocopie de la feuille de soins.
- Soins dentaires / Inlays onlays d'obturation : le chirurgien-dentiste doit mentionner la codification des actes.
- Prothèses dentaires / Orthopédie dento-faciale / Actes de parodontologie / Actes dentaires non pris en charge

par la Sécurité Sociale :

- la photocopie de la feuille maladie complétée par le dentiste après exécution des travaux,
 - l'original de la facture et/ou note d'honoraires détaillées et acquittées de tous les actes pratiqués (partie prise en charge et partie non prise en charge, numéro des dents soignées),
 - Lunettes : l'original de la facture détaillée et acquittée, indiquant le numéro des verres, le coût et la marque des verres et de la monture, la correction visuelle et le type de verre,
 - Lentilles de contact correctrices :
 - l'original de la facture détaillée et acquittée, indiquant le coût et la marque des lentilles,
 - l'original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) s'agissant des lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale.
 - Opération de l'œil : l'original de la facture
 - Maternité :
 - l'original de la facture,
 - copie de l'acte de naissance de l'enfant ou copie du livret de famille (Attention : cette démarche ne remplace pas l'inscription de l'enfant en tant que bénéficiaire du régime, cette inscription devant être expressément demandée à votre Service du Personnel).
 - Adoption : une copie du jugement d'adoption plénière.
 - Cures thermales :
 - l'original de la facture de l'établissement thermal détaillée et acquittée,
 - l'original du décompte de la Sécurité Sociale se rapportant à cette cure ou pièce numérisée,
 - l'attestation de séjour en cure indiquant la durée du séjour.
 - Prévention :
 - l'original du décompte de la Sécurité Sociale, en ce qui concerne les vaccins ou actes pris en charge par cet organisme,
 - l'original de la facture du pharmacien, en ce qui concerne les vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale
 - la note d'honoraires et/ou l'original de la facture, en ce qui concerne la consultation du diététicien.
 - Médecines non conventionnelles : l'original de la facture ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le n° ADELI ou le n° RPPS du praticien.
- L'organisme recommandé se réserve le droit de demander toute autre pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit du participant.

ARTICLE 26 - LA CONSTITUTION DE VOS DOSSIERS

Comment obtenir une prise en charge ?

Afin d'éviter toute avance de fonds pour un séjour à l'hôpital ou en clinique conventionnée, vous pouvez formuler une demande d'attestation de prise en charge directement auprès de votre Centre de gestion.

Vous voudrez bien à cet effet préciser :

- les coordonnées de l'établissement hospitalier (adresse et n° de télécopie),
- le service traitant,
- la date d'entrée.

Le Centre de gestion enverra immédiatement un bon de prise en charge à l'hôpital ou à la clinique. L'organisme assureur se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires en cas de besoin.

Afin d'obtenir un règlement rapide de vos dossiers, vous devez envoyer toutes les pièces originales justifiant du droit à prestations mentionnées ci-dessus, au Centre de gestion suivant :

**GENERATION
29080 QUIMPER CEDEX 9**

Le remboursement sera alors effectué soit :

- par chèque bancaire envoyé à votre domicile,
- soit par virement bancaire selon votre demande (envoyez un RIB, un RIP ou un RICE lors de votre première demande de remboursement) et il vous sera alors adressé le décompte de remboursement de soins correspondant.

Nous vous précisons qu'en cas de difficulté majeure ou de contestation sur le remboursement des prestations, vous pouvez contacter votre gestionnaire au numéro indiqué ci-dessus ou via votre espace personnel.

N'oubliez pas de nous informer de tout changement d'adresse, de situation de famille, ou de bénéficiaires en complétant un nouveau bulletin individuel d'affiliation que vous nous adresserez par l'intermédiaire de votre service du personnel.

ARTICLE 27 - DÉCHÉANCE

Le participant est déchu de ses droits aux prestations si la demande des pièces justificatives ne parvient pas à l'institution dans un délai de deux ans à compter de la date des soins.

ANNEXE 1 – GARANTIES ET SERVICES SANTE COMPLEMENTAIRES

Uniprévoyance, votre partenaire santé et prévoyance, vous accompagne avec des services innovants et de qualité.

En agissant au-delà des remboursements que nous devons, nous contribuons à votre bien-être.

Notre écoute, notre savoir-faire d'assureur et notre capacité d'innovation nous permettent d'être à vos côtés à chaque étape de votre vie.

Vous trouverez ci-dessous les services que nous mettons à votre disposition pour améliorer votre santé au quotidien, votre bien-être ou encore pour vous accompagner dans les moments difficiles, à travers des procédures régulièrement simplifiées.

À chaque instant, en toute simplicité, nous prenons soin de vous.

Compte tenu de l'évolution constante des technologies, l'assureur se réserve le droit de changer de prestataire pour vous permettre de bénéficier à tout moment du meilleur service. Vous serez informé de ce changement par tout moyen, sans qu'il soit prévu de le formaliser par un avenant au présent contrat.

1. LES PRESTATAIRES

Pour la mise en œuvre de services complémentaires, nous utilisons les services d'un ou plusieurs prestataires que nous choisissons.

Nous nous réservons le droit de changer à tout moment de prestataire(s) pour offrir aux bénéficiaires les meilleures conditions de réalisation de ses engagements et ce, afin de tenir compte de l'évolution constante des technologies.

Nous vous informerons de ce changement par tout moyen.

2. BIEN-ETRE ET PREVENTION

2.1 CONSEIL BIEN-ETRE

Un programme de prévention santé pour préserver sa forme et prendre soin de soi au quotidien grâce à des programmes de coaching, des défis, des conseils nutrition et bien-être.

2.2 PREVENTION CANCER

2.2.1 OBJET DU SERVICE

Ce service a pour objet de permettre au bénéficiaire de suivre un parcours, nommé « prévention cancer », initié en ligne par un questionnaire. La finalité de ce parcours est de sensibiliser le bénéficiaire :

- aux risques de développer une pathologie cancéreuse,
- aux actions à mener compte tenu des réponses apportées.

2.2.2 MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE

Le questionnaire est accessible en ligne, il est librement complété par le bénéficiaire.

Les informations collectées (ses antécédents médicaux, son mode de vie, son environnement ...) sont exploitées et restituées dans un document complet qui met en avant les facteurs de risque et établit des actions à mener.

A réception de ce document, le bénéficiaire a la possibilité de prendre un rendez-vous nommé « entretien de prévention » à distance, avec un professionnel de santé qui l'accompagne dans l'interprétation de ses résultats et l'oriente vers les actions à mener.

Ce document ne constitue pas un diagnostic.

2.2.3 OBLIGATIONS DU BENEFICIAIRE

Le bénéficiaire est seul responsable de l'exactitude des renseignements qu'il donne dans le questionnaire ou au cours de l'entretien de prévention.

3. LA SANTE AU QUOTIDIEN

3.1 CHAT MEDICO-SOCIAL

Un service dont la vocation est d'apporter des réponses documentées aux questions des bénéficiaires sur leur santé, l'accès à des services ou à des ressources. Le service est animé, par chat ou téléphone, par une équipe médicale pluridisciplinaire. Il est ouvert aux questions posées par les bénéficiaires sur la santé de leurs proches. **Ce service à caractère informatif n'a pas vocation à délivrer une consultation médicale. Si telle était la demande, les bénéficiaires seraient invités à consulter leur médecin traitant**

3.2 SECOND AVIS MEDICAL

Le Second Avis Médical permet aux bénéficiaires, en cas d'atteinte d'une maladie grave, de demander un avis médical supplémentaire venant d'un Médecin spécialiste. Le bénéficiaire peut ainsi obtenir un éclairage complémentaire sur le diagnostic et/ou le traitement préconisé en premier lieu par le Médecin en charge de son suivi. Le Bénéficiaire peut bénéficier de cette prestation une fois par an. En aucun cas le Second Avis Médical ne donne lieu à examen médical avec le Médecin spécialiste qui rend ce Second Avis Médical. **Sont exclues du champ d'application de la prestation Second Avis Médical : toute demande n'ayant pas fait préalablement l'objet d'un premier diagnostic et les maladies présentant un caractère d'urgence, c'est-à-dire qui présentent un caractère vital et nécessitent une action médicale immédiate des services d'urgence.**

3.3 TELECONSULTATION

La téléconsultation est une consultation médicale à distance, assurée par un médecin généraliste inscrit à l'Ordre des Médecins et accessible 7j/7. L'entretien est protégé par le secret médical. La téléconsultation ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences.

Elle est prise en charge au titre du poste « honoraires médicaux ».

3.4 LES RESEAUX DE PROFESSIONNELS DE SANTE ITELIS

Les réseaux de professionnels de santé Itelis permettent d'accéder à des soins à tarifs négociés : optique, dentaire, audioprothèse, chirurgie réfractive, médecine douce.

Pour profiter des avantages des réseaux Itelis :

Localiser le partenaire le plus proche

- Soit depuis l'Espace Client via le service de géolocalisation,
- Soit en appelant le numéro figurant sur l'attestation de tiers payant

4. ACCOMPAGNEMENT DANS LES MOMENTS DIFFICILES

4.1 PALMARES DES HOPITAUX

Des conseils pratiques pour préparer au mieux une hospitalisation ou celle d'un proche.

La possibilité :

- d'accéder à un palmarès des hôpitaux en ligne, pour trouver l'hôpital adapté,
- d'évaluer les dépassements d'honoraires du chirurgien,
- de bénéficier de conseils pratiques pour préparer son hospitalisation

4.2 LES SERVICES D'ASSISTANCE

Le contrat bénéficie des garanties d'assistance CONFORT assurées auprès d'INTER PARTNER ASSISTANCE. Les conditions générales sont jointes au présent contrat.

4.2.1 PENDANT L'HOSPITALISATION OU L'IMMOBILISATION

Assistance en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours

Pour chacune des prestations ci-dessous, seule une intervention par an est prise en charge. Au-delà d'une intervention par an, l'assistant peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de prestataires qualifiés. Le coût du personnel qualifié reste alors à la charge du bénéficiaire.

Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

L'assistant organise et prend en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe pour un proche résidant en France pour qu'il puisse se rendre à son chevet pendant son immobilisation.

L'assistant organise son hébergement sur place et prend en charge ses frais d'hôtel pendant 3 nuits maximum à concurrence de 80 € par nuit (chambre et petit déjeuner inclus).

Les frais de nourriture et les frais annexes ne sont pas pris en charge.

Cette garantie est accordée si aucun membre de sa famille ne se trouve dans un rayon de 50 km du lieu de domicile du bénéficiaire concerné.

Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans du bénéficiaire, dès le premier jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile, l'assistant l'organise et la prend en charge :

- Soit en permettant la venue d'un proche à son domicile,
- Soit en acheminant ses enfants au domicile d'un de ses proches,
- Soit en confiant la garde des enfants à son domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école sont pris en charge jusqu'à 75 € maximum par hospitalisation ou immobilisation.

Cette prestation est limitée à 40 h, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

L'assistant intervient à la demande des parents et il ne peut pas être tenu pour responsable des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

L'assistant prend en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1e classe.

Aide-ménagère à domicile

L'assistant recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, ou pendant l'immobilisation à domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit en faire la demande à l'assistant dans les 8 jours suivant son hospitalisation.

L'assistant limite toutefois cette aide à une période maximale de 40 heures. La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par l'équipe médicale de l'assistant en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.

4.2.2 APRES L'HOSPITALISATION OU L'IMMOBILISATION

Garde malade

L'assistant recherche et prend en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit en faire la demande à l'assistant dans les 8 jours suivant son hospitalisation.

L'assistant limite toutefois cette aide à la période de 20 jours suivant l'hospitalisation. La durée de présence de la garde malade est fixée par l'équipe médicale de l'assistant, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 4 heures consécutives minimum par jour.

Soutien scolaire

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant du bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, l'assistant recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.

Ces cours sont dispensés à partir du 16^e jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 15 heures maximum par semaine.

4.2.3 ASSISTANCE EN CAS DE DEPLACEMENT A PLUS DE 50 KM DU DOMICILE

Si le bénéficiaire est victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de son domicile, l'assistant organise et prend en charge son rapatriement sanitaire par le moyen de transport du choix de l'assistant dès que son état de santé le permet.

La décision du rapatriement est prise en fonction des seuls impératifs médicaux.

L'assistant dirige alors le bénéficiaire :

- soit vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé,
- soit vers le centre hospitalier le plus proche de son domicile,
- soit vers son domicile.

Tout refus de la solution proposée par l'équipe médicale de l'assistant entraîne l'annulation de la présente garantie. Pour ouvrir droit aux prestations de l'assistant, l'atteinte corporelle grave doit être constatée par une autorité médicale.

4.2.4 DEFINITIONS APPLICABLES AUX SERVICES D'ASSISTANCE

Territorialité

Les garanties d'assistance « Rapatriement » s'exercent dans le monde entier. Les autres garanties s'exercent en France.

Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire. Il est situé en France.

Hospitalisation

Admission dans un établissement de santé en vue d'un traitement médical ou chirurgical prescrit par un médecin (y compris dans un service d'urgences et hospitalisation ambulatoire) entraînant par la suite une immobilisation au domicile.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 5 jours.

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le bénéficiaire.

Équipe médicale

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur.

Proche

Membre de la famille ou toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le bénéficiaire.

Membre de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le bénéficiaire.

4.2.5 MISE EN ŒUVRE DES SERVICES D'ASSISTANCE

L'assisteur prend en charge les seules prestations qu'il organise. Pour la mise en place des services d'assistance, le bénéficiaire doit contacter l'assisteur au numéro unique :

01 72 59 51 60 ou le 3633
(prix d'une communication locale)

L'assuré sera invité à communiquer les renseignements suivants :

- prénom et nom,
- le numéro de convention d'assistance : **7204544** ;
- la raison sociale de l'établissement.

L'assisteur ne peut être tenu pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

L'assisteur ne peut pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

4.3 LES SERVICES ET GARANTIES DE PROTECTION JURIDIQUE ET D'ASSISTANCE EN CAS DE VIOLENCES INTRAFAMILIALES

UNIPREVOYANCE, agissant en qualité de souscripteur, a conclu un contrat d'assurance pour le compte du souscripteur du présent contrat dans le but de faire bénéficier les participants et leurs ayants droit, de garanties supplémentaires.

4.3.1 ORGANISMES ASSUREURS

Les organismes assureurs de ces garanties sont :

- JURIDICA la filiale spécialisée en assurance de protection juridique d'AXA France – SA au capital de 14 627 854,68 euros – entreprise régie par le Code des assurances – RCS Versailles 572 079 150 – TVA intracommunautaire n° FR 69 572 079 150 – Siège social : « 1, place Victorien Sardou 78160 Marly-le-Roi » pour les garanties de protection juridique violences intrafamiliales (ci-après dénommé l' « Assureur ») ;
- INTER PARTNER ASSISTANCE (IPA), Société Anonyme de droit belge au capital de 180 702 613 € , entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 7 Boulevard du Régent 1000 Bruxelles – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 8-10 rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff, pour les garanties d'assistance (ci-après dénommé l' « Assisteur »).

4.3.2 GARANTIES

Les garanties accordées aux bénéficiaires sont décrites dans la notice portant sur les violences intrafamiliales. Nous vous invitons à porter cette notice à la connaissance de vos salariés, en complément de celle relative au contrat santé et de garder une trace de cette remise.

Les services et garanties que l'Assureur et l'Assisteur mettent en œuvre, recouvrent :

- Un accompagnement juridique ;
- Des garanties d'assistance.

Les bénéficiaires sont le participant et ses ayants droit tels qu'ils sont définis dans la notice portant sur les violences intrafamiliales. L'ensemble des bénéficiaires est obligatoirement couvert pour ces garanties, tant qu'ils adhèrent au présent contrat santé.

Ces garanties sont offertes aux bénéficiaires sans contrepartie de cotisation (contribution patronales et salariales), dans les conditions d'application prévues par l'Assureur et l'Assisteur, décrites dans la notice portant sur les violences intrafamiliales.

ANNEXE 2 – EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Régime surcomplémentaire haut de gamme y compris le socle + l'option 2 EEP santé

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (1)

Contrat d'assurance santé contrat non responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 € en service psychiatrique)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	140,00 €	Selon contrat
Séjour avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	171,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	214,30 €	0,00 €
Séjour sans actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé contrat non responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 2 à 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	40,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	2,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 2 à 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	25,50 €	0,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	25,00 €	2,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassements si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2€ de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	29,90 €	16,00 €
Ex : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	29,90 €	22,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : Achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	12,07 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé contrat non responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	30 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515,00 €	120,00 €	72,00 €	443,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	30 % BR + dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	468,00 €	21,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	520,60 €	0,00 €
Optique					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV (4)	0,00 €
Ex : verres simples et monture	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,4 €	34,85 € par verre + 24,6 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,2 € par verre + 5,4 €	73,8 € par verre + 24,6 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples + monture	112 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	109,97 € par verre + 99,97 €	52,00 €
Ex : verres progressifs + monture	246 € (par verre) + 148 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	209,97 € par verre + 99,97 €	120,00 €

Contrat d'assurance santé contrat non responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	320,00 €	Forfait annuel pour les deux yeux
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	1 000,00 €	Forfait par œil par an
Aides auditives					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV (4)	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515 €	400 €	240 €	460,00 €	815,00 €

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2) Les contrats sont dits « non responsables » quand ils ne respectent pas des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4) Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

Document à remettre à votre Chef d'Etablissement

Je soussigné(e)

Salarié(e) de l'établissement :

Nom de l'établissement :

Adresse :

.....

Certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime surcomplémentaire frais de santé de l'ensemble HAUT DE GAMME – PAYS DE LA LOIRE mis en place auprès d'UNIPREVOYANCE.

Fait à le

Signature



N° IDU : FR313045_03IPGA