

CONDITIONS GÉNÉRALES PRODUITS A ADHESION INDIVIDUELLE

Au 1^{ER} janvier 2021

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale, relevant de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 15.

SOMMAIRE

LEXIQUE		4/12
DISPOSITIONS GÉNÉRALES		
Article 1	Conditions d'adhésion	12
Article 2	Bénéficiaires	12
Article 3	Adhésion	12
Article 4	Durée et résiliation	12
Article 5	Changement de situation de familiale	13
Article 6	Modification de l'adhésion	13
Article 7	Délai de renonciation	13
Article 8	Cotisations	13
DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES		14
Article 9	Contrat solidaire et responsable	14
Article 10	Garanties santé	15
Article 11	Tiers payant	17
Article 12	Modalités de remboursement	17
Article 13	Limitation de remboursement	18
Article 14	Prescription	18
Article 15	Contrôle médical	18
Article 16	Réclamation et médiation	18
Article 17	Subrogation	19
Article 18	Loi informatique et liberté	19

Lexique général

Accident :

Atteinte corporelle non intentionnelle de la part d'un assuré ou adhérent provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Affection de longue durée (ALD) :

Il s'agit d'une maladie grave et/ou chronique reconnue par l'Assurance Maladie Obligatoire comme nécessitant un suivi et des soins coûteux et prolongés. Elles figurent sur une liste établie par décret sur avis de la Haute autorité de Santé (HAS) ou sont reconnues par le service du contrôle médical de l'Assurance Maladie Obligatoire. Le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements recommandés pour la prise en charge dans le cadre de l'ALD. Les dépenses liées aux soins et au traitement de cette maladie ouvrent droit, dans certaines conditions, à une prise en charge à 100 % de la base de remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD (exonération du ticket modérateur).

En revanche, les taux de remboursement habituels sont appliqués aux soins sans rapport avec l'ALD (exemple : 70 % de la base de remboursement pour les honoraires médicaux) justifiés par des actes destinés à traiter d'autres affections que celle qui fait l'objet du protocole).

La Haute Autorité de Santé (HAS) édite des recommandations destinées à la communauté médicale et des guides expliquant aux patients en ALD les principaux éléments du traitement et du suivi de leur maladie. Par ailleurs, le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD.

Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) :

L'ACS est une aide destinée à financer l'achat d'un contrat de complémentaire santé pour les personnes dont les ressources sont légèrement supérieures

au plafond d'attribution de la CMU complémentaire. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. L'ACS ouvre droit aux avantages suivants : tarifs médicaux sans dépassements d'honoraires dans le cadre du parcours de soins, exonération de la participation forfaitaire de 1 euro et des franchises médicales et tiers-payant.

Cette aide est accordée pour un an (renouvelable). Son renouvellement n'est pas automatique sauf pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa).

Le montant de l'aide est variable selon l'âge du bénéficiaire et chaque personne composant le foyer peut en bénéficier. Elle est utilisable uniquement sur certains contrats de complémentaire santé sélectionnés à cette fin par l'État pour leur rapport qualité/prix. La liste des offres ACS et des organismes qui les proposent est disponible sur le site <https://www.info-acs.fr>.

Il est possible de se renseigner sur le dispositif ACS auprès de sa caisse d'assurance maladie, de son organisme complémentaire d'assurance maladie ou sur le site <http://www.info-acs.fr>

Assurance Maladie Obligatoire (AMO) :

L'Assurance Maladie Obligatoire comprend l'ensemble des Régimes Obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents. Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé engagés. Synonyme : Sécurité sociale

Assurance Maladie Complémentaire (AMC) :

C'est l'ensemble des garanties, proposées par les différents organismes complémentaires d'assurance maladie, assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne et/ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire.

L'adhésion à une couverture maladie complémentaire est soit facultative, soit obligatoire (pour les salariés).

Bénéficiaire :

Personne qui bénéficie des garanties de complémentaire santé à titre personnel

lorsqu'elle est la personne physique sur la tête ou sur les intérêts de laquelle repose l'assurance. On parle alors de Participant.

Contrat solidaire et responsable :

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme complémentaire d'assurance maladie ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé de l'individu couvert, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

En application des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, un contrat complémentaire frais de santé est qualifié de responsable dès lors qu'il respecte les obligations et les interdictions de prise en charge ainsi que les plannings et les plafonds de garanties du cahier des charges.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) :

La couverture maladie universelle complémentaire donne droit à une assurance maladie complémentaire gratuite. Elle est destinée aux personnes qui ont de faibles ressources et qui résident en France de manière stable et régulière. Celle-ci permet d'accéder aux soins de ville et hospitaliers, dans le cadre du parcours de soins, sans avance de frais ni reste à charge. Elle est accordée pour un an renouvelable.

Cette couverture complémentaire peut être gérée, au libre choix du bénéficiaire, par l'assurance maladie obligatoire ou par un organisme complémentaire d'assurance maladie participant au dispositif. Les personnes dont les ressources excèdent légèrement le plafond ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) peuvent obtenir l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS).

À compter du 1^{er} novembre 2019, ce dispositif sera étendu, sous conditions et selon des modalités spécifiques, aux personnes anciennement bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Pour plus de détails : site du fonds CMU et ameli.fr

Garanties :

C'est l'engagement de l'organisme complémentaire d'assurance maladie à assurer la prise en charge totale ou partielle de certains postes de dépenses qui composent la couverture complémentaire santé à un niveau prévu à l'avance par des documents contractuels.

Maladie :

Altération de la santé du Participant constatée par une autorité médicale compétente.

NOEMIE :

NOEMIE est le nom donné à la norme d'échange entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire. C'est par ce moyen que l'Assurance Maladie Obligatoire transmet aux organismes complémentaires les informations nécessaires au remboursement d'un Participant.

Organismes complémentaire d'assurance maladie :

Il s'agit de l'organisme de protection complémentaire assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne et/ou sa famille, de tout ou partie des frais de santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire. Il existe trois types d'organismes complémentaires d'assurance maladie :

- Les institutions de prévoyance : organismes à but non lucratif régis par le code de la Sécurité sociale, gérés à parité entre les représentants des employeurs et des salariés, destinés à couvrir les salariés et anciens salariés dans le cadre de la branche professionnelle ou de l'entreprise ;
- Les mutuelles : organismes à but non lucratif, régis par le code de la Mutualité, dans lesquels les adhérents participent directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants élus au fonctionnement et aux décisions de la mutuelle ;
- Les entreprises d'assurance : organismes régis par le code des Assurances, qui peuvent être soit des

sociétés anonymes, soit des sociétés d'assurance mutuelle. IPECA PRÉVOYANCE est une institution de prévoyance.

Parcours de soins coordonnés :

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Il concerne tous les bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire âgés de plus de 16 ans. Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonné 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 », après lui avoir été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

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

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire est diminué

La majoration de la participation du Participant considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Participant :

Personne physique qui adhère au contrat et paie ses cotisations à compter de la date figurant sur son certificat d'adhésion.

Protection universelle maladie (Puma) :

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la protection universelle maladie (Puma) garantit à toute personne qui travaille ou réside en

France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge, par l'Assurance Maladie Obligatoire, de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Prestations :

Il s'agit des montants remboursés au Participant par l'organisme complémentaire d'assurance maladie en application de son contrat d'assurance (garanties et éventuels services associés).

Sur complémentaire :

Couverture ou contrat santé supplémentaire destinée à compléter les garanties d'une première Assurance Maladie Complémentaire sur certains postes de soins.

Une sur complémentaire « responsable » intervient en complément des garanties déjà couvertes par le premier contrat de complémentaire santé « responsable », l'intégralité des garanties offertes par les 2 contrats ne pouvant dépasser les limites imposées par le dispositif des contrats responsables.

Tacite reconduction :

Renouvellement automatique du contrat à l'échéance.

Taxe de solidarité additionnelle :

La taxe de solidarité additionnelle (TSA) est perçue sur tous les contrats d'assurance maladie complémentaire. Le taux de taxe varie selon que le contrat est responsable ou non et le type de garanties couvertes. Il est inférieur lorsque le contrat est responsable. Elle est collectée par les organismes complémentaires d'assurance maladie qui la versent annuellement à l'Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et des allocations familiales (URSSAF).

Le produit de cette taxe est affecté à titre principal au Fonds CMU (pour le financement de la CMU-C et de l'ACS).

Source : Glossaire de l'UNOCAM

Lexique santé

100 % Santé :

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

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

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100 % Santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100 % Santé ».

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100 % Santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100 % Santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Base de remboursement Sécurité sociale :

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.

On parle de :

Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession.

Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire (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.

Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Conventionné / non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire :

Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnels ou établissements de santé) a passé ou non une convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire et se conforme aux conditions et tarifs de facturation prévus par celle-ci.

Professionnels 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 conventionnel. Le tarif conventionnel est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire sur la base du tarif de convention, dans les conditions de réalisation des actes et de leurs facturations prévues par celle-ci.

Ainsi, les médecins conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires différents, souvent appelés de « secteur 2 » peuvent 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 dentaires et l'orthodontie. Dans tous les cas, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

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.

Établissements de santé : Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement a passé ou non un contrat avec l'Agence régionale de santé compétente.

Demande de prise en charge par l'organisme complémentaire d'assurance maladie :

La demande formulée auprès de l'organisme complémentaire d'assurance maladie, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, prothèses dentaires...) permet de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie, et le cas échéant, de demander à bénéficier d'une dispense d'avance des frais. En pratique, c'est souvent le professionnel de santé ou l'établissement qui effectue cette démarche pour le compte du Participant, sur la base d'un devis.

Dépassement d'honoraires :

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements comme tout honoraire, « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.

Dépenses réelles :

Il s'agit du montant total des dépenses engagées par une personne pour ses prestations de santé. Synonyme : frais réels.

Devis :

Le devis est un document présentant les soins ou prestations proposées et leur

prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 euros comportant un dépassement, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient.

Les opticiens et les audioprothésistes doivent également obligatoirement présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses. Ils ne peuvent refuser de fournir ce document. Dans le cadre de la réforme des équipements « à prise en charge renforcée », les opticiens et audioprothésistes devront obligatoirement proposer un devis pour une offre entrant dans le panier d'équipements « à prise en charge renforcée ».

Avant de réaliser des soins prothétiques, les chirurgiens-dentistes doivent aussi remettre aux patients un devis. Une fois les soins réalisés, les chirurgiens-dentistes doivent présenter une facture aux patients qui reprend, en totalité ou partiellement, l'ensemble des éléments du devis.

Le devis peut aussi être présenté à une Assurance Maladie Complémentaire préalablement à tout soin, afin d'obtenir une évaluation sur les frais restant à la charge de l'assuré.

Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM / OPTAM-CO) :

Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-CO) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour

accéder au secteur 2 et installés avant le 1^{er} janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires.

En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO que ceux d'un médecin non adhérent. En outre, un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est introduit pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

Dossier médical partagé (DMP) :

Le dossier médical partagé peut être considéré comme un carnet de santé numérique. Il contient des données de santé (telles que les antécédents, allergies éventuelles, traitements en cours, compte-rendu d'hospitalisation et de consultation, résultats d'examens), alimentées par l'assuré social et les médecins qu'il consulte. Le patient reste toutefois libre d'autoriser les médecins à accéder à son DMP (sauf pour le médecin traitant, qui dispose d'un accès privilégié). Toutes les informations liées à la santé sont stockées dans un seul espace dématérialisé hautement sécurisé.

Établissement de santé :

C'est une structure qui délivre des soins avec hébergement ou sans nuitée

(hospitalisation ambulatoire) ou encore à domicile.

Forfait sur les actes dits « lourds » :

Il s'agit d'un ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge du Participant sur certains actes, en remplacement du ticket modérateur habituel. Cette participation forfaitaire s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'État (120 euros en 2018), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60. C'est pourquoi on la qualifie couramment de participation forfaitaire ou forfait sur les actes lourds.

Le montant de cette participation était de 18 euros. Au 1^{er} janvier 2019, il est passé à 24 euros.

Certains actes sont exonérés de toute participation de l'assuré et, à ce titre, ne sont pas concernés par le forfait sur les actes dits « lourds » (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD...).

Ce forfait est systématiquement pris en charge par l'Assurance Maladie Complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

Franchise médicale :

Somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Son montant est de :

- 0,50 euro par boîte de médicaments ;
- 0,50 euro par acte paramédical ;
- 2 euros par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 euros 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 2 euros par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées, celles de moins de 18 ans bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l'Aide

Médicale de l'État, femmes enceintes, les jeunes filles mineures âgées 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 responsables.

Garantie aux frais réels :

Certaines garanties de complémentaire santé prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par le Participant est remboursée.

Honoraire limite de facturation (HLF) :

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour un acte donné. On parle également de « *tarifs plafonnés* ». À compter de 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier « *à prise en charge renforcée* ».

Honoraires :

Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral. Les honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet. Les honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sages-femmes) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

Médecin traitant :

C'est un médecin généraliste ou spécialiste hospitalier ou libéral, désigné par le patient auprès de sa caisse d'Assurance Maladie Obligatoire. Il coordonne les soins et s'assure que le suivi médical est optimal.

Il oriente dans le parcours de soins coordonnés : il informe le Participant et le met, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers, etc.) ;

Il établit, si le Participant est atteint d'une affection de longue durée, le protocole de soins en concertation avec les autres médecins qui suivent cette maladie, et est ainsi garant de la bonne information de son patient sur les actes et les prestations nécessaires et pris en charge intégralement par l'assurance maladie obligatoire ;

Il connaît et gère le dossier médical, et a notamment un accès privilégié au dossier médical partagé. Il centralise toutes les informations concernant les soins et l'état de santé de son patient. Il tient à jour le dossier médical (résultats d'examen, diagnostics, traitements, etc.) ;

Il assure une prévention personnalisée et conseille les éventuels dépistages : suivi de la vaccination, examens de dépistage organisés (ex : dépistage du cancer colorectal), aide à l'arrêt du tabac, conseils nutrition, en fonction de votre style de vie, de votre âge ou de vos antécédents familiaux.

Ordonnance :

C'est le document délivré par un médecin et sur lequel figurent ses prescriptions. Les prescriptions peuvent concerner la délivrance de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) d'examen complémentaires (biologie,) ou la réalisation d'actes de soins par d'autres professionnels de santé (autre médecin, pharmacien, auxiliaire médical...). La production de ce document est indispensable pour la délivrance de ce produit de santé ou la réalisation de cet acte, et à leur remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Participation du patient (lors d'une hospitalisation) :

En cas d'hospitalisation, l'Assurance Maladie Obligatoire ne prend pas en charge la totalité du prix des actes. Selon le montant de la base de remboursement, le patient a à sa charge le ticket modérateur ou le forfait « 24 euros ». Les contrats responsables remboursent la participation du patient.

Participation forfaitaire :

Cette participation forfaitaire d'un euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- Des femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour suivant la date de l'accouchement ;
- Des enfants de moins de 18 ans ;
- Et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'ACS ou de l'Aide médicale de l'État (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 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par les contrats de complémentaire santé « *responsables* ».

Prix limite de vente :

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.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la Liste des Produits et Prestations (LPP) et pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « *à prise en charge renforcée* » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les Participants puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Réseau de soins :

Les réseaux de soins sont créés par des conventions conclues entre des organismes complémentaires

d'assurance maladie (directement ou par l'intermédiaire d'un tiers) et des professionnels ou des établissements de santé. Avec leurs réseaux de soins, les organismes complémentaires d'assurance maladie peuvent offrir des soins de qualité aux Participants à des tarifs moindres et/ou avec une meilleure prise en charge.

Reste à charge :

C'est la part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et de sa complémentaire santé. Après intervention de l'AMO, le reste à charge est constitué :

- Du ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire) ;
- De l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ;
- Des éventuels dépassements d'honoraires ou tarifaires ;
- De l'éventuel forfait journalier hospitalier ;
- Des frais liés aux soins et prestations non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

L'Assurance Maladie Complémentaire couvre, selon le caractère responsable et solidaire du contrat ou non et selon les postes de garanties, tout ou partie du reste à charge.

Secteur 1 / Secteur 2 :

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'Assurance Maladie Obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur à honoraires opposables dit secteur 1 ou à honoraires libres dit secteur 2).

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable).

Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des

heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec « *tact et mesure* ».

Les médecins ont l'obligation d'afficher « de manière lisible et visible dans leur salle d'attente » leur secteur d'activité, leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées. Les médecins de secteur 2 doivent « *donner préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'ils comptent pratiquer* ».

Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, mais peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie Complémentaire.

Sauf cas particuliers, les médecins ont l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, de l'ACS et de l'aide médicale d'État.

Pour connaître le secteur d'exercice d'un médecin, il suffit d'aller sur le site annuaire.sante.ameli.fr.

Taux de remboursement de la Sécurité sociale :

C'est le taux appliqué par l'Assurance Maladie Obligatoire sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement. Celui-ci peut être, le cas échéant, minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé au Participant par l'Assurance Maladie Obligatoire. La part non remboursée de la base de remboursement est le ticket modérateur.

La base de remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit.

Le taux de remboursement varie selon la prestation ou le produit. Il est par exemple, de :

- 70 % de la base de remboursement pour les actes médicaux ;
- 60 % de la base de remboursement pour les actes paramédicaux ;

-60 % de la base de remboursement pour l'appareillage ;

-100 %, 65 %, 30 % ou 15 % pour les médicaments.

Le taux de remboursement peut aussi varier en fonction de la situation du Participant (par exemple

100 % en cas de maternité ou d'affection de longue durée) ou encore du respect par le patient des règles du parcours de soins coordonnés (remboursement minoré des consultations et actes « *hors parcours* »).

Téléconsultation :

La téléconsultation est un acte de télémédecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de pratiquer une consultation à distance pour un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.

Pour faire l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire, la téléconsultation pratiquée par un médecin libéral conventionné doit remplir certaines conditions, notamment celle de s'inscrire dans le respect du parcours de soins coordonnés et l'obligation de connaissance préalable du patient par le médecin pratiquant la téléconsultation.

Des téléconsultations peuvent aussi être proposées par des médecins en relation avec les Participants via une plateforme téléphonique, une connexion web ou des outils adaptés aux Smartphones. Elles peuvent être éligibles au remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire dans la mesure où elles respectent les conditions de réalisation des téléconsultations définies par la convention nationale des médecins libéraux (cf. une partie de ces conditions ci-dessus).

Télé-expertise :

La télé-expertise est un acte de télémédecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base

des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient. Pour faire l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire, la télé-expertise doit remplir certaines conditions, notamment de recueillir l'accord du patient.

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 d'un euro 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 au Participant dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à

24 euros) pour certains actes dits « *lourds* ».

La participation forfaitaire d'un euro, 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 les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

Voir également : reste à charge, participation forfaitaire d'un euro, franchise, dépassements d'honoraires, garanties, forfait actes lourds

Tiers payant :

Ce système de paiement évite au patient de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les Assurances Maladie Obligatoire et/ou Complémentaire pour les soins ou produits.

Pour la part remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire, le tiers payant s'applique de droit dans les situations où l'assuré :

-Bénéficie de la CMU-C ;

-Bénéficie de l'aide médicale d'État ;

-Bénéficie de l'ACS ;

-Est victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ;

-Bénéficie d'actes de prévention dans le cadre d'un dépistage organisé (par exemple, une mammographie effectuée lors du dépistage organisé du cancer du sein)

-Est hospitalisé dans un établissement sous convention avec l'assurance maladie obligatoire ;

-Est une mineure de plus de 15 ans et consulte un professionnel de santé pour sa contraception ;

-Est atteint d'une affection de longue durée (ALD) ;

-Bénéficie de l'assurance maternité ;

-Bénéficie du dispositif de prise en charge des victimes d'attentats

Un pharmacien peut ne pas pratiquer le tiers payant en cas de refus de l'usage de médicaments génériques.

Les organismes complémentaires d'assurance maladie proposent également un service de tiers payant pour la part qu'ils remboursent. C'est aux professionnels de santé de décider s'ils proposent ou non le service du tiers payant pour la part complémentaire. Dans le cas où le professionnel de santé consulté ne souhaite pas proposer ce service, l'adhérent ou assuré ne peut pas en bénéficier.

Source : Glossaire de l'UNOCAM

Lexique prestations

Soins courants :

Analyses et examens de biologie : Il s'agit de l'ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. La plupart des actes de biologie médicale sont remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire. Synonyme : examen de laboratoire

Auxiliaires médicaux : Ce sont les professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes figurant à la nomenclature sont remboursés, par l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire.

Consultation médicale : C'est l'examen physique et/ou mental d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste ou une sage-femme, généralement effectué au cabinet du professionnel de santé, en centre de santé ou au sein d'un établissement de santé, ou à distance, dans le cadre d'une téléconsultation.

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

Matériel médical : Ce sont les biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

Les équipements d'optique et les aides auditives sont distincts du reste du matériel médical.

Médicaments : Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge. Il existe

quatre taux de remboursement des médicaments :

-100 % pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;

-65 % pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important ;

-30 % pour les médicaments dont le service médical rendu modéré et certaines préparations magistrales,

-15 % pour les médicaments à service médical rendu faible.

Les montants et taux de remboursement sont communiqués par le pharmacien lors de la délivrance. Ils sont inscrits sur la facture remise par le pharmacien. Les médicaments relevant d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, ont un prix fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Certains médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent être délivrés par votre pharmacien sans prescription (médicaments dits à « *prescription médicale facultative* »). L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale. L'Assurance Maladie Complémentaire peut prendre en charge des médicaments sans prescription médicale. Les prix des médicaments non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

Soins courants : Il s'agit de l'ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux. Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Optique :

Chirurgie réfractive : Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels. L'Assurance Maladie Obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être

par l'Assurance Maladie Complémentaire. La chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie.... En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la chirurgie réfractive.

Lentilles : Les lentilles de contact sont des prothèses optiques posés sur la cornée. L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels.

Lunettes : Les lunettes sont composées d'une monture et de deux verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie). Le prix des verres varie selon sa nature et sa puissance (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et les traitements appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).

Optique : Les équipements optiques sont des dispositifs médicaux qui permettent de corriger des troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie. Il peut s'agir de lunettes (deux verres et une monture) ou de lentilles. Au-delà des lunettes, la chirurgie réfractive permet également de corriger certains troubles visuels.

Aides auditives

Aides auditives : Ces appareils améliorent l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon), contours à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon), prothèses intra-auriculaires (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif), lunettes auditives et les appareils boîtiers.

Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

La prise en charge de ces appareils et de leurs accessoires par l'Assurance

Maladie Obligatoire (AMO) dépend du type d'appareil, de l'âge et du handicap.

La prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé.

Dentaire :

Dentaire : Ce terme désigne les actes et prestations bucco-dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste, un orthodontiste ou un stomatologue et qui comprennent : les soins dentaires (consultation, détartrage...), les prothèses dentaires, l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie ...

Implantologie dentaire : L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles sont fixées une ou plusieurs prothèses. L'implantologie n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire (sauf pathologies très particulières). Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit notamment comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

Inlay-onlay : Ces techniques permettent de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une couronne. Différents matériaux peuvent être utilisés (en métal, en composite ou en céramique). Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. Les inlays-onlays ne figurent pas dans le panier « 100% santé ». Leur tarif sera toutefois plafonné à compter du 1er janvier 2021 (pour les inlay composite). Le chirurgien-dentiste doit remettre un

devis à son patient avant d'effectuer ces actes.

Inlay-core : Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée. À compter de 2020, cet acte est pris en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier « 100 % Santé », dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte.

Orthodontie : Il s'agit de la discipline médicale pratiquée par les orthodontistes (médecins stomatologues ou chirurgiens-dentistes). Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

L'Assurance Maladie Obligatoire prend partiellement en charge le traitement des enfants commencé avant l'âge de 16 ans. Ces remboursements ne permettent pas de couvrir l'intégralité des frais d'un traitement d'orthodontie, d'autant plus que les dépassements d'honoraires sont fréquents. Il est important d'obtenir un devis avant de commencer le traitement.

Parodontologie : Il s'agit d'une discipline visant au traitement des maladies parodontales qui sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...). Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que :

L'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse ;

L'élimination des causes d'infection (détartrage des racines...) ;

Le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits ;

Le contrôle périodique du patient.

L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse qu'une faible partie de ces traitements selon certaines conditions médicales.

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

Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstruit durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge. Les prothèses fixes remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique.

Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées. Il devra, à compter de 2020, nécessairement comporter une proposition entrant dans le panier « 100 % Santé » ou à défaut hors champ du panier « 100 % Santé » mais soumis à un tarif maximum de facturation, lorsqu'une telle proposition existe.

Soins dentaires : C'est l'ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Hospitalisation

Chambre particulière : Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.

Une chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une hospitalisation ambulatoire.

Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services.

Chirurgie ambulatoire : C'est la chirurgie réalisée à l'occasion d'une hospitalisation de moins de 24 heures dans un établissement de santé (sans nuitée) ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

Forfait journalier hospitalier : Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 h dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 h si le patient est présent dans l'établissement à minuit).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1^{er} janvier 2018, son montant est de 20 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15 euros par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, mais il est pris en charge par l'Assurance Maladie Complémentaire lorsque la garantie proposée par le complémentaire santé est responsable.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse, etc.).

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

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire au taux de 80 % (ou de 100 % dans certains cas : actes coûteux notamment), le ticket modérateur (les 20 % restant) étant systématiquement remboursé par l'Assurance Maladie Complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

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

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Hospitalisation : L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la

chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse, ...).

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

Transport : Plusieurs types de transports peuvent être prescrits par un médecin en fonction de l'état de santé et du degré d'autonomie du patient.

Il peut s'agir d'une ambulance, d'un véhicule sanitaire léger (VSL), mais aussi d'un taxi conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire, des transports en commun, etc.

Les frais de transport sont remboursés à 65 % du tarif de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ils sont calculés sur la base de la distance entre le lieu où la personne à transporter se situe et la structure de soins pouvant donner les soins appropriés la plus proche.

La prise en charge de certains transports, même prescrits par un médecin, nécessite l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie Obligatoire : c'est le cas des transports de longue distance, des transports en série, des transports en avion ou bateau de ligne, et des transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

Source : Glossaire de l'UNOCAM

1 – Disposition générales

Article 1. Conditions d'adhésion

Pour pouvoir adhérer aux contrats à adhésion individuelle, il faut :

- Être salarié ou ayant droit bénéficiaire de la couverture obligatoire d'une entreprise adhérente à IPECA PREVOYANCE ;
- Être ancien salarié ou un ancien ayant droit d'une entreprise adhérente âgé de moins de moins de 70 ans.

Il convient de remplir et signer un bulletin d'adhésion, ce dernier indiquant toutes les informations relatives aux offres.

La personne qui adhère au présent contrat est dénommée « participant ».

Article 2. Bénéficiaires

Les bénéficiaires du contrat souscrit sont les suivants (sauf dérogation prévue au contrat) :

- Le participant.
- Le conjoint ou le cosignataire de PACS ou le concubin.
- Les enfants du participant, de son conjoint, cosignataire de PACS ou concubin :
 - Jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire ;
 - Du 18^{ème} anniversaire au 28^{ème} anniversaire, s'ils poursuivent des études ou s'ils n'exercent pas d'activité professionnelle.
- Les enfants handicapés, quel que soit leur âge, fiscalement à charge du Participant, sous réserve qu'ils perçoivent l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou l'allocation d'adulte handicapé prévue par le code de la Sécurité sociale.
- Les ascendants rattachés au foyer fiscal du participant et figurant sur son avis d'imposition et pour lesquels une cotisation est versée.

Article 3 : Adhésion

La signature du bulletin d'adhésion et les présentes conditions générales forment un tout indissociable et formalise la souscription du contrat.

Le bulletin d'adhésion indique :

- La date de l'adhésion,
- Le nom de la garantie choisie,
- L'identité du participant et des autres bénéficiaires,
- La périodicité de prélèvement de la cotisation.

Le bulletin d'adhésion doit être retourné signé, accompagnés des documents suivants :

- L'attestation de droit Sécurité sociale de chaque bénéficiaire majeur,
- Un relevé de coordonnées bancaire (ex RIB) mentionnant le code BIC et le code IBAN,

- Le mandat de prélèvement SEPA dûment rempli et signé ou un chèque bancaire pour la première échéance de cotisations, dans la mesure où le participant souhaite opter pour ce type de règlement ;
- Pour les personnes handicapées, copie du justificatif de versement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou l'allocation d'adulte handicapé.

Article 4. Durée et résiliation

• EFFET ET DURÉE DU CONTRAT SOUSCRIT

Les garanties prennent effet au 1^{er} jour du mois mentionné sur le bulletin d'adhésion, à défaut au 1^{er} jour du mois qui suit la réception par IPECA PRÉVOYANCE du bulletin d'adhésion, complété, signé et daté.

Dans tous les cas, l'adhésion expire le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année.

• RESILIATION DU CONTRAT SOUSCRIT

a) Résiliation du contrat souscrit à l'échéance annuelle

Le contrat peut être résilié par chacune des parties à échéance annuelle. La dénonciation du contrat doit être notifiée par écrit ou support durable, au plus tard, le trente et un (31) octobre précédant la date d'échéance du contrat.

b) Résiliation du contrat à l'expiration du délai d'un (1) an

Le participant a la faculté de résilier le contrat souscrit sans frais ni pénalités, à l'expiration du délai d'un (1) an à compter de la date de la première souscription. La résiliation du contrat prend effet un mois après qu'IPECA PREVOYANCE en a reçu notification par le participant :

- Par lettre (le cachet de la poste faisant foi) ou tout autre support durable ;
- Par déclaration fait au siège sociale ou chez le représentant de l'Institution de prévoyance ;
- Par acte extra-judiciaire.

Lorsque le contrat est résilié conformément aux conditions susvisées, le participant n'est tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

IPECA PREVOYANCE est tenue de rembourser le solde au participant dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation. À défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues au participant produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal en vigueur.

c) Résiliation pour non-paiement des cotisations

En tout état de cause, IPECA PRÉVOYANCE pourra résilier l'adhésion du participant à tout moment, selon les modalités prévues à l'article 8 des présentes conditions générales, en cas de défaut de paiement des cotisations.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, le participant est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation.

La résiliation de l'adhésion du participant implique la radiation de ce dernier ainsi que celle de ses ayants droit.

Dans tous les cas, le participant s'engage à restituer, directement à IPECA PREVOYANCE, sa carte de tiers payant.

Les événements dont l'origine se situe après la date de résiliation de l'adhésion du participant ne donnent lieu à aucune prestation.

En tout état de cause, l'adhésion du participant et de ses ayants droit cesse à la date de résiliation du contrat et entraîne l'impossibilité d'adhérer à nouveau.

La résiliation est définitive et entraîne l'impossibilité d'adhérer à nouveau ultérieurement.

Article 5. Changement de situation familiale

Le participant a la liberté de demander par courrier l'ajout ou le retrait de l'un ou l'ensemble de ses ayants droit suite à un changement de situation de famille, sur présentation de tout document attestant du changement (jugement de divorce, acte de naissance...).

La radiation sera effective le premier jour du mois suivant le mois au cours duquel IPECA PRÉVOYANCE réceptionnera la demande.

En cas de décès du participant, il est nécessaire d'en informer l'Institution par l'envoi d'un acte de décès. Le conjoint, ou le cas échéant le concubin ou le cosignataire de PACS a alors la possibilité de continuer à bénéficier à titre d'adhérent principal, soit de la même formule, soit d'une formule différente en remplissant une nouvelle demande d'adhésion.

Les éventuelles réductions ou remises offertes pour les adhésions en couple ne sont plus applicables sur la nouvelle cotisation de l'adhérent principal signataire d'un nouveau contrat.

Article 6. Modification de l'adhésion

En fonction du contrat souscrit, le participant peut changer, en cours d'année, de garanties pour un niveau supérieur. La modification interviendra le 1^{er} jour du mois suivant la réception de sa demande.

Le changement de garanties pour un niveau inférieur, n'est possible qu'au terme d'une durée minimale d'adhésion de deux ans.

Article 7. Délai de renonciation

À compter de la date du paiement de la première cotisation, le Participant dispose d'un délai de 30 jours pour revenir sur sa décision.

Dans ce cas, il adresse à IPECA PREVOYANCE une lettre recommandée avec avis de réception, en recopiant la mention suivante : « *Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse) souhaite renoncer au contrat individuel souscrit (nom du contrat)* » datée et signée.

Article 8. Cotisations

Montant

Le montant des cotisations est exprimé en euros.

Certaines cotisations sont fixées par tranche d'âge.

Elles peuvent aussi varier en fonction de la composition familiale, en fonction du contrat auquel le participant a adhéré.

Les cotisations sont exprimées « toutes taxes comprises ».

Paiement

Les cotisations sont payables d'avance et peuvent être appelées, selon le choix du participant, mensuellement par prélèvement automatique sur le compte bancaire du participant ou annuellement, semestriellement ou trimestriellement dans le cas d'un règlement par chèque bancaire.

Non-paiement

En cas de rejet d'un prélèvement ou d'un chèque, le participant devra payer une indemnité forfaitaire de 15 euros pour couvrir les frais engendrés par le rejet bancaire.

Le choix de périodicité de paiement pourra lui être supprimé et imposer un paiement annuel des cotisations.

En cas de défaut de paiement des cotisations dans les 10 jours de la date prévue, IPECA PREVOYANCE adresse au Participant une lettre recommandée avec accusé de réception valant mise en demeure.

L'adhésion sera suspendue au terme des 30 jours suivant la mise en demeure et résiliée à l'expiration d'un délai de 40 jours, dans l'hypothèse où les cotisations n'ont pas été intégralement réglées dans ce délai.

Dans le cas d'une suspension du contrat souscrit, celui-ci reprendra effet à midi le lendemain du jour où les cotisations arriérées et celles venues à échéances pendant la période de suspens, ainsi qu'éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement, auront été payées à l'Institution.

2 – Disposition spécifiques

Article 9. Contrat solidaire et responsable

Le fonctionnement et les niveaux de prestations du présent contrat s'inscrivent dans le cadre législatif en vigueur définissant les contrats solidaires et responsables. Par conséquent, conformément aux dispositions du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales et qui modifie les articles L.871-1, R.871-1 et R 871- 2 du code de la Sécurité sociale :

- La cotisation est fixée globalement pour l'ensemble des participants et n'est pas fixée en fonction de l'état de santé de ces derniers ;

- L'Institution ne prend pas en charge :

- ✓ La contribution forfaitaire, actuellement fixée à 1 euro indiquée à l'article L. 160-13 II du code de la Sécurité sociale. Lorsque pour un participant plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. De même, lorsqu'un acte de prélèvement est effectué pour la réalisation d'un examen de biologie médicale, seul l'examen de biologie médicale supporte une participation forfaitaire ;
- ✓ Les franchises médicales énumérées à l'article L.160-13 III du code de la Sécurité sociale laissées à la charge du participant pour certaines dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale. Le montant maximum porté au titre de ces franchises par le participant bénéficiant des soins au 6lurs d'une année civile est fixé à 50 euros ;
- ✓ Les sommes correspondant aux sanctions financières énoncées aux articles L. 1111-15 du code de la santé publique ainsi qu'au 18° de l'article L. 162-5 du code de la Sécurité sociale, qui sont appliquées au participant en cas de non-respect du parcours de soins ;

- Conformément à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, l'Institution communique annuellement au participant, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais de santé. Egalement, le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant de la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes. Ces éléments sont transmis annuellement par l'Institution ;

- Conformément aux dispositions de l'article L. 161-36-3 du code de la Sécurité sociale, l'Institution assure aux participants la faculté de pouvoir bénéficier du tiers payant sur l'ensemble des prestations de soins de santé courants pris en charge par l'Assurance maladie à l'ensemble des participants ;

- L'Institution prend en charge au minimum le ticket modérateur pour les prestations suivantes :

- ✓ L'ensemble des frais de santé courants y compris ceux relatifs à la prévention listée à l'article R. 871-2 II du code de la Sécurité sociale, sauf pour les frais de cures thermales, les médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 % et 30 % et l'homéopathie ;
- ✓ L'ensemble des frais d'hospitalisation ;
- ✓ L'intégralité du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements santé sans limitation de durée ;

- L'Institution prend également en charge le ticket modérateur forfaitaire, non remboursé par la Sécurité sociale, institué pour certains actes médicaux dits « lourds » dont le montant est égal ou supérieur au seuil d'exonération du ticket modérateur, qu'ils soient pratiqués en ville ou à l'hôpital ;

- L'Institution prend également en charge à minima le ticket modérateur pour les postes suivants :

Dans le cadre du dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO - Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Chirurgie et Obstétrique), formalisé par la Convention médicale du 25 août 2016, l'Institution plafonne le montant de ses remboursements sur les dépassements d'honoraires pris par les médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO.

Le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO est plafonné selon les deux conditions cumulatives suivantes :

- Il ne pourra pas être supérieur à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale ;
- Il doit être minoré d'au moins 20 % de la base de remboursement par rapport à la prise en charge des dépassements d'honoraires pour les médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO.

- L'Institution encadre le montant de ses remboursements pour les équipements d'optique médicale (deux verres et une monture) :

- ✓ Pour les équipements issus du panier « 100 % Santé » (Classe A), c'est-à-dire sans reste à charge, quel que soit le niveau de correction visuelle, la prise en charge intègre le remboursement par l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur sans pouvoir excéder les Prix Limites de Vente ;
- ✓ Pour les équipements issus du panier « hors 100 % Santé » (Classe B), c'est-à-dire avec un éventuel reste

à charge, quel que soit le niveau de correction visuelle, la prise en charge intègre le remboursement par l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur tout en respectant le minimum et le maximum déterminés par la réglementation du contrat responsable.

- ✓ Quelle que soit la classe de l'équipement, la prise en charge pour tous les participants à une aide auditive par de l'Institution est limitée, pour les adultes et enfants de 16 ans et plus, à un équipement (deux verres et une monture) tous les deux ans à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires, constatée par une nouvelle prescription médicale, auquel cas la limitation s'applique annuellement.
- ✓ Pour les enfants de moins de 16 ans, la prise en charge de l'Institution est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par an à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf en cas de renouvellement des verres justifié par une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale, auquel cas aucun délai de renouvellement minimal ne s'applique ;
- ✓ 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 à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, 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.
- ✓ Enfin, concernant tout bénéficiaire quel que soit son âge, le renouvellement de la prise en charge de nouveaux verres est possible sans délai en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières limitativement énumérées et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Les différents délais susvisés sont également applicables pour le renouvellement séparé d'éléments d'un équipement.

L'Institution doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge

durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit par l'assuré concerné auprès de l'Institution.

- L'Institution encadre le montant de ses remboursements pour les aides auditives :
- ✓ Pour les équipements issus du panier « 100 % Santé » (Classe I), c'est-à-dire sans reste à charge, le niveau de prise en charge intègre le remboursement par l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur différents selon l'âge du participant (plus ou moins de 20 ans), sans pouvoir excéder les Prix Limites de Vente ;
- ✓ Pour les équipements issus du panier « aux tarifs libres » (Classe II), c'est-à-dire avec un éventuel reste à charge, le niveau de prise en charge intègre le remboursement par l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur, différents selon l'âge du participant (plus ou moins 20 ans), sans pouvoir excéder le plafond déterminé par la réglementation du contrat responsable.
- ✓ Quelle que soit la classe de l'équipement, la prise en charge de l'Institution est limitée pour tous les participants à oreille tous les quatre ans à compter de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

L'Institution doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit par l'assuré concerné auprès de l'Institution.

• L'Institution prend en charge les soins dentaires prothétiques dont le niveau de prise en charge dépend du panier dont ils sont issus (Panier « 100 % Santé » ; Panier maîtrisé ; Panier libre).

Pour les prothèses issues du panier « 100 % Santé », c'est-à-dire sans reste à charge, la prise en charge intègre le remboursement par l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur sans pouvoir excéder les Honoraires Limites de Facturation.

Les présentes conditions générales seront modifiées de plein droit du fait d'évolutions légales ou réglementaires ultérieures relatives au contrat « solidaire et responsable ».

A défaut de respecter les dispositions ci-dessus énoncées, le contrat fera l'objet d'une taxation conformément à la législation en vigueur.

Article 10. Garanties santé

Les garanties, décrites ci-après, s'appliquent dans la limite des frais réels exposés, acte par acte, et restant à la charge du Participant après la déduction des prestations servies par la Sécurité sociale ou tout autre régime de base obligatoire.

Lorsqu'un Participant perçoit une prestation au titre de tout autre contrat, la prestation résultant de son adhésion auprès de l'Institution IPECA-PRÉVOYANCE sera servie sous déduction des prestations de l'autre organisme dans la limite des frais réels engagés.

Les ayants droit ne bénéficiant d'aucune couverture servie par un régime de base obligatoire quel qu'il soit sont exclus du bénéfice de la garantie

En tout état de cause, les frais doivent avoir été engagés entre la date d'effet et la date de résiliation desdites garanties, la date de soins figurant sur le décompte de prestations de la Sécurité sociale faisant foi.

Soins courants

Honoraires médicaux

• Consultations visites médecin généraliste signataire de l'Optam et non signataire de l'Optam,

• Consultations visites spécialiste signataire de l'Optam/Optam-co et non signataire de l'Optam/Optam-co,

• Actes techniques médicaux Optam/Optam-co et non Optam/Optam-co,

• Radiologie, échographie et imagerie médicale Optam/Optam-co et non Optam/Optam-co

Sage-femme

Honoraires paramédicaux

Analyses et examens de laboratoire

Médicaments

Matériel médical

Optique

Les équipements sont ceux définis ci-avant à l'Article 9 relatif au contrat solidaire et responsable.

- Équipements 100 % Santé (Classe A)
- Équipement hors 100 % Santé (Classe B)

Cas particulier des Participants qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin :

Pour les Participants ne pouvant ou ne voulant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le contrat frais de santé couvre alors une prise en charge de deux équipements, l'un corrigeant la vision de près, l'autre la vision de loin, sur une période de deux ans.

La copie, de la facture indiquant le prix de chaque verre, de la monture et de la prescription médicale devra être fournie

- Lentilles remboursées par la Sécurité sociale
- Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale
- Pour les lentilles de contact correctives non prises en charge par la Sécurité sociale, il est précisé que les prestations servies par l'Institution sont fixées par exercice civil et par bénéficiaire.

La copie, de la facture et de la prescription médicale devra être fournie

- Chirurgie réfractive

La copie des factures relative à l'intervention chirurgicale devra être fournie

Dentaire

Les soins prothétiques dentaires sont ceux définis ci-avant à l'Article 9 relatif au contrat solidaire et responsable.

Pour toute prothèse dentaire, une facture détaillée devra être fournie à l'Institution.

- Prothèses 100 % santé

Pour toute prothèse dentaire, une facture détaillée devra être fournie à l'Institution.

- Prothèses
 - Les prothèses issues du panier aux « tarifs maîtrisés », c'est-à-dire avec un éventuel reste à charge, la réglementation du contrat responsable prévoit une prise en charge minimale correspondant au montant du ticket modérateur sans pouvoir excéder les Honoraires Limite de Facturation,
 - Les prothèses issues du panier « aux tarifs libres », c'est-à-dire avec un éventuel reste à charge, la réglementation du contrat responsable prévoit une prise en charge minimale correspondant au montant du ticket modérateur.

- Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale
- Soins (soins conservateurs, chirurgicaux ou de prévention)
- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale
- Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale
- Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale
- Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale : implant, pilier implantaire, scanner

Une facture détaillée devra être fournie à l'Institution.

D'autres éléments pourront être demandés par l'Institution.

Aides auditives

Les aides auditives sont ceux définis ci-avant à l'Article 9 relatif au contrat solidaire et responsable.

- Équipements 100 % Santé
- Équipements hors 100 % Santé
- Consommables, Piles, Accessoires

Hospitalisation

- Honoraires
- (médecins signataires ou non de l'Optam/Optam-co)
- Forfait journalier hospitalier
- Frais annexes
- Frais de séjour (conventionné ou non) ;
- Chambre particulière (conventionné ou non) ;
- Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans à la date de l'admission (lit, repas)
- Frais de transport

Les frais d'opération de chirurgie esthétique ne sont pas pris en charge par l'Institution, sauf en cas de prise en charge par la Sécurité sociale.

Sont exclues les dépenses à caractère personnel (téléphone, télévision,...).

Séjours en établissements médico-sociaux

- Séjours en établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Les frais relatifs à ces séjours ne sont pas pris en charge par l'Institution

Maternité

Les frais relatifs à la grossesse et à l'accouchement pris en charge par la Sécurité sociale au titre du risque maternité ouvrent droit au versement des prestations prévues au contrat.

Seuls les frais engagés pendant la période de couverture du Participant donneront lieu à indemnisation, la date de soins retenue par la Sécurité sociale faisant foi.

Le Participant doit adresser à l'Institution un extrait d'acte de naissance afin de procéder à l'affiliation de ce nouvel ayant droit.

Autres prestations remboursées par la Sécurité sociale

- Cures thermales

Sont pris en considération pour le versement de la prestation :

- Le forfait surveillance,
- Le forfait thermal,
- Les frais de transport et d'hébergement.

Les justificatifs correspondant à ces dépenses devront être fournis à l'Institution.

Les frais médicaux complémentaires, remboursés par la Sécurité sociale, ne sont pas pris en charge au titre de la cure mais sont remboursés au titre des soins courants.

Autres prestations non remboursées par la Sécurité sociale

- Médecine douce
- Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale
- Cures thermales

Sont pris en considération pour le versement de la prestation :

- Le forfait surveillance,
- Le forfait thermal,
- Les frais de transport et d'hébergement.

Les justificatifs correspondant à ces dépenses devront être fournis à l'Institution.

Article 11. Tiers payant

Le Participant bénéficie d'une carte de tiers payant qui permet de ne pas faire l'avance des frais de santé courants, si le professionnel de santé l'accepte et dans la limite des prestations prévues au contrat.

Pour les frais d'hospitalisation en établissement conventionné, IPECA PREVOYANCE délivrera sur demande un accord de prise en charge directement à l'établissement.

De nombreux établissements hospitaliers proposeront d'effectuer les démarches eux-mêmes, afin d'obtenir une prise en charge préalable : le Participant présente sa carte, les modalités étant indiquées au verso.

Pour la plupart des professions de santé, le tiers payant IPECA PRÉVOYANCE nécessite l'utilisation du tiers payant Sécurité sociale. Il est donc indispensable de présenter simultanément les deux cartes (carte de tiers payant IPECA PRÉVOYANCE et carte Vitale).

IPECA PRÉVOYANCE règlera alors directement les frais aux professionnels de santé, dans la limite des prestations prévues au contrat.

Attention, si le Participant bénéficie du tiers payant Sécurité sociale sans que le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier ne pratique le tiers payant pour la part complémentaire : le Participant adresse à IPECA PRÉVOYANCE le reçu de paiement ou en cas d'hospitalisation la facture acquittée destinée au patient.

Ce justificatif de paiement de la part complémentaire est indispensable pour obtenir le remboursement par IPECA PRÉVOYANCE.

Article 12. Modalités de remboursement

Les remboursements sont réglés directement par virement sur le compte bancaire du Participant.

Le Participant bénéficie d'un bordereau récapitulatif mensuel de ses remboursements IPECA PRÉVOYANCE.

En tant qu'organisme complémentaire à la Sécurité sociale, IPECA PRÉVOYANCE procède à ses remboursements à partir du décompte de la Sécurité sociale, sous forme papier ou sous forme électronique (NOEMIE). NOEMIE, système d'échanges informatiques de données entre le centre de Sécurité sociale et IPECA PRÉVOYANCE, a été conçu pour simplifier les démarches du Participant et lui garantir une plus grande rapidité de traitement de ses remboursements.

Décomptes de remboursement sous format électronique NOEMIE

IPECA PRÉVOYANCE se charge de connecter le Participant au système NOEMIE lors de son adhésion ou ultérieurement s'il adresse à IPECA PRÉVOYANCE (se référer aux contacts habituels), la copie de son attestation de droits à l'assurance maladie à jour ainsi que, le cas échéant, celle de conjoint, de son cosignataire de PACS ou de son concubin.

En attendant que la télétransmission soit active, il convient que le Participant adresse ses décomptes de remboursement Sécurité sociale à IPECA PRÉVOYANCE (se référer aux contacts habituels).

Lorsque cette dernière est mise en place et active, les décomptes de Sécurité sociale comportent la mention « les données ont été transmises à votre organisme complémentaire ». Il est alors inutile de continuer à les transmettre.

Si le Participant constate que cette mention ne figure pas sur les décomptes de remboursement Sécurité sociale, il conviendra de contacter IPECA PREVOYANCE (se référer aux contacts habituels) et de continuer à transmettre les décomptes de remboursement

Sécurité sociale le temps que la télétransmission NOEMIE soit établie.

Décomptes de remboursement sous format papier

Il convient d'envoyer par courrier l'original du décompte de la Sécurité sociale à IPECA PRÉVOYANCE (se référer aux contacts habituels).

Article 13. Limitation des remboursements

En tout état de cause, les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Lesdits montants ne peuvent, par ailleurs pas excéder le montant maximal des remboursements complémentaires décrits dans le tableau des garanties dont bénéficie le Participant.

Article 14 : Prescription

Toutes actions relatives aux prestations sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions et sous les réserves définies à l'article L.932-13 du code de la Sécurité sociale.

Conformément aux dispositions de l'article L.932-13 du code de la Sécurité sociale, ce délai de prescription ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Participant, que du jour où IPECA PRÉVOYANCE 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 ignorée jusque-là.

Quand l'action, du Participant, contre IPECA PREVOYANCE a pour cause le recours à un tiers, **le délai de prescription ne court que** du jour où le tiers a exercé une action en justice contre, le Participant ou a été indemnisé par celui-ci.

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, adressés soit à l'adhérent par IPECA PREVOYANCE, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à IPECA PREVOYANCE par le Participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation

Article 15 : Contrôle médical

Procédure du contrôle médical

IPECA PRÉVOYANCE se réserve le droit de procéder ou faire procéder à tous contrôles, y compris sur dossier, afin d'apprécier si la nature du sinistre et les circonstances de sa survenance justifient le paiement des prestations ou pour valider la pertinence de certains frais médicaux et ainsi refuser la prise en charge de dépenses abusives ou inutiles.

En cas de refus ou d'entrave, IPECA PRÉVOYANCE suspendra le versement des prestations.

En cas de désaccord entre IPECA PRÉVOYANCE et le Participant, il peut être fait application de la procédure d'arbitrage définie ci-dessous.

Procédure d'arbitrage médical

Les médecins et experts désignés par IPECA PRÉVOYANCE pourront solliciter le concours du Participant afin de constater son état de santé à tout moment. Ce contrôle s'effectuera soit par analyse du dossier médical soit par consultation.

Le Participant doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toutes expertises ou examens demandés par IPECA PRÉVOYANCE, lesquels auront lieu en France.

Les décisions prises par IPECA PRÉVOYANCE, en fonction des conclusions du Médecin Conseil, sont notifiées au Participant ou au bénéficiaire par courrier recommandé avec avis de réception. Le droit aux prestations peut ainsi être refusé, interrompu ou réduit, en raison des conclusions des médecins et experts désignés par IPECA PRÉVOYANCE, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

Le Participant peut en contester le bien-fondé dans les dix jours suivant la date de première présentation au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée, sous pli confidentiel, au Médecin Conseil d'IPECA PRÉVOYANCE par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé du Participant ou du bénéficiaire, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par le Participant ou le bénéficiaire et le médecin délégué par IPECA PRÉVOYANCE.

Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes ou s'il est décidé de procéder directement à un arbitrage, le Participant ou le bénéficiaire et IPECA PRÉVOYANCE choisissent un médecin arbitre pour les départager. Faute d'entente sur son choix, la désignation est faite par voie judiciaire. Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin, et par moitié, ceux du médecin arbitre.

Article 16 : Réclamation et médiation

Réclamation

Le Participant peut adresser directement sa réclamation à son interlocuteur habituel, en spécifiant l'objet de cette dernière.

Une réponse sera adressée dans les plus brefs délais. Ce délai ne saurait excéder 2 mois à compter de la réception de la réclamation.

En cas de désaccord, IPECA PRÉVOYANCE communiquera les voies de recours internes dont le Participant dispose.

Médiation

En cas de désaccord sur la réponse apportée à cette réclamation ou de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent contrat et après épuisement des voies de recours internes, le Participant a la possibilité de saisir gratuitement le Médiateur Protection sociale (CTIP) sur simple demande, à l'adresse suivante : Le Médiateur Protection sociale (CTIP)

10, rue Cambacérès 75008 Paris ou via le formulaire sur le site ctip.asso.fr rubrique « Médiation ».

Le Médiateur est une personne indépendante qui s'engage à formuler un avis motivé dans les 90 jours (3 mois) suivant la réception des documents sur lesquels est fondée la demande du plaignant. Son avis n'engage pas les parties concernées qui restent libres de recourir aux juridictions compétentes. Le contrôle de la motivation des résiliations, les décisions d'augmentation des cotisations et les procédures de recouvrement des cotisations ne peuvent faire l'objet d'un recours auprès du médiateur.

Article 17 : Subrogation

Conformément à l'article L931-11 du code de la Sécurité sociale, IPECA PRÉVOYANCE est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire des prestations contre les tiers responsables ou leurs assureurs, pour les prestations à caractère indemnitaire.

Article 18 : Loi informatique et libertés

Les données à caractère personnel concernant le Participant sont utilisées conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par le Règlement Général sur la Protection des données 2016/679 et la loi du 20 juin 2018.

Elles sont exclusivement communiquées aux services de l'Institution, et le cas échéant, aux mandataires de cette dernière, aux réassureurs ou organismes professionnels concernés par le contrat.

Ces données sont utilisées aux fins d'exécution de nos obligations contractuelles et précontractuelles (souscription, versement de prestation Frais de santé/prévoyance, fourniture d'information, de produits et de services, suivi de la relation client), afin de nous conformer à nos obligations légales, réglementaires et administratives (réglementation prudentielle, LCB-FT, protection de la clientèle, lutte contre la fraude à l'assurance et gestion de contentieux,) et dans le but d'assurer la gestion de nos intérêts légitimes réciproques (amélioration de la satisfaction client).

Le Participant peut exercer l'un des droits prévu aux textes précités (droit d'accès, de rectification, droit à l'effacement, à la portabilité et à la limitation de ses données) par courrier adressé à IPECA PRÉVOYANCE - Délégué à la Protection des Données (DPD)-, 5 rue Paul Barruel 75740 Paris cedex 15 ou par courriel à l'adresse suivante dpd@ipeca.fr.