

Groupe **CLEMESSY**

Frais de Santé

Adhérents GROUPE CL

Collaborateurs Cadres & Assimilés "CA" et Non-Cadres (Art.36, ETAM et Ouvriers) "NA"

Remboursement des Frais Médicaux & Chirurgicaux



Caisse de Prévoyance des Salariés de l'Est

143, avenue Aristide Briand – BP 2439 – 68067 MULHOUSE CEDEX

Tél. : 03 89 33 24 00 Fax : 03 89 43 32 20

CB / Prévoyance /avril 2009

Madame, Monsieur,

Votre employeur a choisi d'adhérer auprès de la Cairpsa-Carpreca Prévoyance pour votre régime de Prévoyance.

Il vous a remis ce document dans lequel vous trouverez les renseignements relatifs à la garantie retenue en matière de "Frais de Santé" et le détail des prestations auxquelles vous-même ou vos ayants droit pouvez prétendre.

Dans les premières pages sont exposés l'objet et le montant de cette couverture ainsi que les modalités pratiques à mettre en œuvre pour en percevoir les prestations.

Ne constituant qu'un résumé, ces modalités pratiques sont indissociables des dispositions réglementaires générales et particulières qui sont exposées dans les pages suivantes.

Si vous souhaitez de plus amples précisions, adressez-vous à votre employeur qui tient règlements et contrats à votre disposition ou faites appel à nos services, par écrit ou téléphoniquement :

. . en ce qui concerne votre inscription ou celle de vos ayants droit,

Service Affiliation

au 03 89 33 24 02

. en ce qui concerne les prestations "Frais de Santé",

Service Prestations Frais de Santé

au 03 89 33 24 14

Lexique et abréviations

- › **BR = Base de remboursement** : (aussi appelé Tarif de Responsabilité ou Tarif de Convention)
 - C'est le tarif des honoraires fixés par convention entre la Sécurité sociale et les professionnels de santé. C'est sur cette base que la Sécurité sociale calcule son remboursement. Il arrive qu'il soit inférieur aux frais réellement engagés.

- › **Chiffre-clé** : (ou lettre-clé)
 - C'est l'unité monétaire de frais de soins fixée par la Sécurité sociale. La consultation d'un généraliste est par exemple codifiée "C" et les prothèses dentaires en "SPR".

- › **Ticket modérateur** :
 - C'est la différence entre la base de remboursement et le remboursement de la Sécurité sociale.

- › **Dépassement** :
 - C'est la différence entre les frais réels et le tarif de convention de la Sécurité sociale.

- › **PMSS** :
 - C'est le Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

- › **Base de remboursement fictif ou tarif de convention fictif de la Sécurité sociale** :
 - Base utilisée en cas de non remboursement par la Sécurité sociale de certains actes. Dans ce cas le calcul des prestations de la Mutuelle est fait sur la base du remboursement normalement prévu par la Sécurité sociale lorsqu'elle prend en charge.

- › **Contrat "RESPONSABLE"** :
 - Sont ainsi qualifiées les garanties "Complémentaires Santé" qui répondent aux critères fixés par la loi du 13 août 2004, dite Loi DOUSTE-BLAZY.
 - ☐ Ces critères interdisent notamment toute prise en charge
 - de la contribution forfaitaire (1€) instaurée par la même loi,
 - des dépassements d'honoraires et majorations de ticket modérateur prévus dans le cas du non-respect du parcours de soin, dans le respect des limites éventuelles prévues par la loi et des critères fixés par décret en Conseil d'Etat (R.871-1 et R.871-2)
 - des franchises médicales instaurées au 1^{er} janvier 2008 par l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale
 - ☐ Ils imposent à contrario
 - la prise en charge à hauteur de 30% du BR au minimum
 - ◆ des consultations du Médecin Traitant et du Médecin Correspondant
 - ◆ des médicaments à vignette blanche prescrits dans le cadre du Parcours de Soins
 - la prise en charge à hauteur de 35% du BR au minimum
 - ◆ des actes de biologie prescrits dans le cadre du Parcours de Soins
 - la prise en charge intégrale du ticket modérateur d'au moins deux des actes de prévention figurant sur la liste des prestations fixée par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006.

La Garantie Frais de Santé :

Cette garantie a pour objet d'assurer, en complément aux prestations versées par la Sécurité sociale, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux et chirurgicaux du participant et éventuellement de ses ayants droit.

Les bénéficiaires :

- › En premier lieu le participant lui-même, comme "Affilié",
- › Par extension, en tant que "ayants droit" :
 - à son conjoint ou son partenaire à un PACS, ou à défaut son concubin, sur la base des prestations garanties à l'assuré lui-même*,
 - à ses enfants, ou ceux du conjoint (ou partenaire lié par un PACS ou concubin) auquel la garantie est étendue, sous réserve qu'ils soient :
 - ⇒ âgés de moins de 28 ans et qu'ils respectent l'une des conditions suivantes :
 - être à leur charge au sens de la Sécurité sociale,
 - suivre des études secondaires ou supérieures,
 - suivre une formation professionnelle ou en alternance,
 - ou, à l'issue de l'une de ces situations et pour une durée d'un an, être inscrits à l'ANPE et à la recherche d'un premier emploi.
 - ◆ NB : La couverture est acquise au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'enfant ne répond plus aux conditions détaillées ci-dessus et cesse en tout état de cause, immédiatement dès que l'enfant exerce une activité lui procurant un revenu supérieur au SMIC ou dès qu'il bénéficie en son nom propre d'une complémentaire santé.
 - ⇒ bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé avant leur 21^{ème} anniversaire (quel que soit leur âge).

* Les ayants droit doivent relever d'un régime de Sécurité sociale. Au cas où le régime de base d'un ayant droit différerait de celui de l'assuré, un aménagement de la cotisation sera opéré pour assurer notamment la prise en charge du ticket modérateur des soins de l'ayant droit.

Les prestations :

- › Les frais pris en charge :
 - Les dépenses indemnisées sont les frais médicaux et chirurgicaux, engagés par l'assuré ou l'un de ses ayants droit, qui auront donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale française avec une date de soins se situant pendant la période d'assurance.
 - Par dérogation, certains frais exposés pendant cette même période qui, figurant dans la nomenclature des actes professionnels, n'auront pas ouvert droit à remboursement de la Sécurité sociale pourront également donner lieu à prestation de la part de l'Institution de Prévoyance.
 - ⇒ Il en va de même pour certains frais médicaux qui ne figurent pas dans la nomenclature de la Sécurité sociale.
 - ⇒ La date des soins retenue sera, dans tous les cas, celle figurant sur le décompte de l'organisme de Sécurité sociale ou sur la facture du professionnel de santé pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale et ne figurant pas sur ses décomptes.
- › Les prestations de l'Institution de Prévoyance sont calculées, acte par acte, selon les coefficients stipulés dans le tableau ci-après, et sont limitées, en tout état de cause et tous régimes confondus, aux frais réellement engagés.
- › La présente garantie est conforme aux dispositions relatives aux contrats "Responsables" (Cf. Lexique)
 - Les tickets modérateurs laissés à charge de l'assuré dans le cadre du Parcours de Soins sont pris en charge dans leur intégralité.
 - Tous les actes de prévention figurant sur la liste des prestations fixée par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006 font l'objet d'une prise en charge intégrale du ticket modérateur (Cf. Pack Prévention)
 - A contrario, ne sont pas pris en charge
 - ⇒ la contribution forfaitaire instaurée par la loi du 13 août 2004,
 - ⇒ en cas de non-respect du parcours de soins :
 - les dépassements d'honoraires qui en résultent,
 - la majoration de ticket modérateur (dans ce cas, nos prestations sont calculées selon les bases prévues par la Sécurité sociale dans le cadre du respect du parcours de soins).
 - les franchises médicales instaurées au 1er janvier 2008 par l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale.

Tableau récapitulatif des prestations :

Nature des risques S99BHLO / S99BHGO	Prestations en complément de la Sécurité Sociale
HOSPITALISATION (y compris maternité) Frais de séjour, chambre particulière, honoraires Ticket modérateur forfaitaire de 18 € Forfait hospitalier Frais d'accompagnement Frais de transport	Frais réels Frais réels ou pris en charge par la SS (Régime local "Alsace-Moselle") Frais réels ou pris en charge par la SS (Régime local "Alsace-Moselle") Frais réels (enfants de - de 12 ans) 150% de la BR – RSS ou pris en charge par la SS (Régime local "Alsace-Moselle")
SOINS COURANTS Pharmacie reconnue Consultations, visites Analyses, soins infirmiers Petite chirurgie Radios	Ticket modérateur 300 % de la BR - RSS 150 % de la BR - RSS 300 % de la BR - RSS 150 % de la BR - RSS
DENTAIRE Soins dentaires reconnus Orthodontie reconnue Prothèses dentaires reconnues visibles (y compris prothèses sur implants) Prothèses dentaires reconnues non visibles (y compris prothèses sur implants) Autres actes dentaires* Implants (hors pilier et prothèse)	100 % de la BR 400 % de la BR - RSS 450 % de la BR - RSS 400 % de la BR - RSS 325 % de la BR avec un maximum égal à 15 % du PMSS par an et par bénéficiaire Forfait 600,00 € par implant Limité à 2 implants par an et par personne
OPTIQUE Monture adulte Verres reconnus adulte Monture + verres reconnues enfant Lentilles reconnues ou non (y compris jetables) Chirurgie de l'œil	Forfait de 6 % du PMSS 2000% de la BR 1200% de la BR avec un minimum de 97 € Forfait de 5 % du PMSS par an et par personne Forfait de 228,67 € par œil
PROTHESES NON DENTAIRES Prothèses auditives Autres prothèses (orthopédie...)	400 % de la BR - RSS 400 % de la BR - RSS
CURES THERMALES reconnues par la SS Honoraires et soins de cure Frais d'hébergement et de transport	150 % de la BR - RSS 20 % du PMSS
ALLOCATIONS D'OBSEQUES	Participation aux frais d'obsèques dans la limite d'un plafond mensuel de la Sécurité Sociale

BR= Base de remboursement SS
PMSS = Plafond mensuel de la SS

RSS = Remboursement effectif de la Sécurité sociale
TM = Ticket Modérateur réel ou reconstitué (hors parcours de soins)

*La prise en charge des "autres actes dentaires" est faite en tenant compte de la cotation suivante :	
Couronne sur dent vivante refusée par la Sécurité sociale	SPR 50
Rebasage	SC 12
Bridges provisoires	3 dents SPR 30 + SPR 10 par dent supplémentaire
Couronnes provisoires et appareils provisoires (y compris couronnes provisoires sur implant)	1 à 3 dents SPR 25 + SPR 5 par dent supplémentaire
Tous les autres actes hors nomenclature ne sont pas pris en charge par l'Institution.	

Pack Prévention :

Eu égard à l'importance de la prévention des risques santé, la CAIRPSA CARPRECA PREVOYANCE a décidé d'aller bien au-delà des obligations fixées par le législateur dans le cadre des contrats responsables.

Ainsi votre garantie prévoit la prise en charge du ticket modérateur de tous les actes de préventions suivant :

Actes de prévention (contrat responsable)	Nature de l'acte de prévention et prise en charge de la CAIRPSA-CARPRECA Prévoyance sous conditions d'un remboursement par la sécurité sociale
<p>Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1ère et 2ème molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14ème anniversaire</p>	<p>L'application d'un « ciment dentaire » sur les aspérités de la dent permet, grâce à l'obtention d'une barrière physique lisse et plane contre l'accumulation de plaque, de prévenir la carie.</p> <p>Prise en charge du régime complémentaire : Ticket modérateur</p>
<p>Détartrage complet sus et sous-gingival effectué en deux séances maximum</p>	<p>Le dépôt de tartre favorise le développement de maladies gingivales et parodontales. Le détartrage consiste en l'élimination de ce dépôt dur et en un polissage des surfaces ainsi nettoyées.</p> <p>Prise en charge du régime complémentaire : Ticket modérateur</p>
<p>Bilan du langage oral et /ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans</p>	<p>Certains dysfonctionnements du langage oral et/ou écrit sont décelables à partir d'un bilan réalisé chez un spécialiste tel que l'orthophoniste</p> <p>Prise en charge du régime complémentaire : Ticket modérateur</p>
<p>Dépistage hépatite B</p>	<p>L'hépatite virale B pose un problème de santé publique majeur lié au risque d'évolution chronique exposant à la survenue de cirrhose et de cancer du foie. Le dépistage se fait par Analyses sanguines.</p> <p>Prise en charge du régime complémentaire : Ticket modérateur</p>
<p>Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de + de 50 ans pour 1 des actes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Audiométrie tonale ou vocale - Audiométrie tonale avec tympanométrie - Audiométrie vocale dans le bruit - Audiométrie tonale ou vocale - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie 	<p>Chez les personnes de plus de 50 ans la fréquence des troubles de l'audition est élevée et leurs conséquences semblent sous-estimées. Cela se traduit par une perte de l'intelligibilité du langage qui gêne la possibilité de converser lorsque les interlocuteurs sont multiples. Les troubles auditifs contribuent à terme à l'isolement relationnel des personnes</p> <p>Prise en charge du régime complémentaire : Ticket modérateur</p>
<p>Ostéodensitométrie Il n'est remboursé par la sécurité sociale que sous certaines conditions.</p>	<p>Cet examen, aussi indolore qu'une radiographie standard, sert à mesurer la densité osseuse, facteur déterminant de la solidité des os, et à estimer le risque de fracture afin d'établir un diagnostic.</p> <p>Prise en charge du régime complémentaire : Ticket modérateur</p>
<p>Vaccinations suivantes :</p> <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 dans les conditions prévues par le calendrier vaccinal 	<p>Pour faire face à certaines maladies graves, rien de mieux que le rempart de la vaccination. Cet acte de prévention naturel permet d'épargner de nombreuses vies à l'échelle d'une population. Obligatoire le plus souvent, formalisée à l'aide du calendrier vaccinal, la vaccination est une responsabilité individuelle mais aussi collective.</p> <p>Prise en charge du régime complémentaire : Ticket modérateur</p>

Autres actes du pack prévention-	Nature de l'acte de prévention et prise en charge de la CAIRPSA-CARPRECA Prévoyance sans conditions de remboursement par la sécurité sociale
<p>SEVRAGE TABAGIQUE Traitements nicotiniques de substitution (TNS) inscrits dans la liste des substituts remboursables par l'assurance maladie, Bupropion LP (Zyban®) et Varenicline (Champix®) sous condition d'une prescription médicale</p>	<p>Les TNS, le Bupropion et la Varenicline sont les thérapeutiques les mieux évaluées et qui ont montré leur efficacité. En effet les études montrent qu'ils permettent de doubler le taux d'abstinence tabagique</p> <p>Prise en charge du régime complémentaire : 50% des frais réels dans la limite de 75 € par an et par personne</p>
<p>AMNIOCENTESE non remboursée par la Sécurité Sociale Il n'est remboursé par la sécurité sociale que sous certaines conditions.</p>	<p>L'amniocentèse est un examen qui consiste à prélever du liquide amniotique pendant la grossesse et à analyser les chromosomes fœtaux, ce qui permet notamment de dépister la trisomie 21.</p> <p>Prise en charge du régime complémentaire : Forfait de 150 € dans la limite des frais engagés</p>
<p>Ostéodensitométrie non reconnue par la sécurité sociale</p>	<p>Prise en charge du régime complémentaire : Forfait de 40 € par an et par personne</p>

Les formalités pratiques :

› Formalités :

- Pour l'inscription du salarié et éventuellement celle de ses ayants droit, l'employeur devra retourner à l'Institution de Prévoyance, dans un délai d'un mois à compter de son embauche, pour chaque participant, dûment complété et signé, un Bulletin Individuel d'Affiliation, *mentionnant clairement l'ensemble des ayants droit qu'il souhaite voir couverts* et accompagné :
 - ☐ d'un relevé d'identité bancaire ou postal de l'assuré pour virement des prestations,
 - ☐ d'une copie de l'attestation jointe à la Carte Vitale du participant (et éventuellement à celle de ses ayants droit),
 - ☐ des justificatifs nécessaires (Attestation de vie commune en cas de concubinage, copie du contrat pour les enfants en situation de formation professionnelle ou en alternance, justification de l'inscription à l'ANPE pour ceux en recherche d'un premier emploi, etc....)
- En cas de changement de situation familiale du participant (ou de statut de l'un de ses ayants droit), il lui appartient d'en informer l'Institution de Prévoyance le plus rapidement possible et par tout moyen à sa convenance.

› Admission :

- L'admission du participant, ainsi que celle de ses ayants droit, sous réserve des formalités ci-dessus, est effective à la date d'entrée en vigueur du contrat ou au premier jour du mois de son embauche ou promotion dans la catégorie de personnel visée par la garantie.
- En cas de déclaration d'un(e) concubin(e) (ou partenaire à un PACS) ultérieurement à l'affiliation du participant, l'extension de la garantie à son profit prend effet au premier jour du mois suivant la réception par l'Institution de Prévoyance des justificatifs nécessaires.

› Suspension:

- Dans tous les cas, la garantie cesse pour l'affilié et ses ayants droit au dernier jour du mois où la suspension de son contrat de travail n'entraîne plus de versement par l'employeur d'un complément de salaire. Cela sera notamment le cas lors d'un congé parental ou d'un congé sabbatique.

› Radiation :

- Dans tous les cas, la garantie cesse, pour l'affilié et ses ayants droit, au dernier jour du mois de sa radiation des effectifs de l'entreprise adhérente ou de la date d'effet de la résiliation du contrat.
- Pour les ayants droit, la couverture prend fin au jour où ils cessent de remplir les conditions requises, ce délai étant toutefois prolongé pour les enfants jusqu'au 31 décembre de l'année en question, sauf s'ils commencent à exercer une activité leur procurant un revenu supérieur au SMIC ou dès qu'ils bénéficient en leur nom propre d'une complémentaire santé.

› Poursuite à titre individuel :

- En cas de radiation du participant ou de l'un de ses ayants droit, une prolongation de couverture à titre individuel est possible auprès de MUTA-SANTE, Mutuelle du groupe Arpège.
- Vous trouverez tous les renseignements nécessaires sur le site du groupe ARPEGE www.groupe-arpege.com ou sur simple appel téléphonique au 03.89.33.36.36.

Le règlement des prestations :

› Présentation des demandes de remboursement :

- Les demandes de remboursement doivent, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeure, être adressées à l'Institution de Prévoyance dans les deux ans suivant la date des soins.
 - ⇒ En pratique, deux systèmes sont proposés :

→ Décomptes papier :

- ◆ Il suffit d'adresser à l'Institution de Prévoyance les décomptes "**originaux**" émis par la Sécurité sociale ou par tout autre organisme.
- ◆ Pour éviter le paiement de sommes minimales et afin de ne pas alourdir la gestion, il est demandé de grouper les décomptes. Il est évident que les dossiers peuvent être présentés à tout moment lorsque les dépenses engagées représentent des montants importants.

→ Télétransmission directe par la CPAM "NOEMIE" :

- ◆ Les participants et leurs ayants droit peuvent bénéficier d'une télétransmission automatique de leurs décomptes par leur CPAM. Pour profiter du système "NOEMIE", il leur suffit d'envoyer à l'Institution de Prévoyance une photocopie de l'attestation jointe à leur carte vitale.
- ◆ Les décomptes "papier" émis par leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie afférents à des actes qui auront été transmis informatiquement ne seront donc plus à fournir.
 - **Vérification du fonctionnement NOEMIE** : Le décompte "papier" de la Sécurité sociale concernant des dépenses déjà transmises par le système NOEMIE à l'Institution de Prévoyance mentionne clairement cette télétransmission en stipulant "Information transmise à votre organisme complémentaire".
 - Si cette mention ne figure pas sur votre décompte papier, transmettez le directement pour prise en compte et contactez notre service Affiliation pour régulariser votre situation.
- ◆ **NB : Certains actes médicaux pratiqués en milieu hospitalier ne donnant pas lieu à édition de décompte par la Sécurité sociale, il faudra veiller à en adresser le justificatif à l'Institution de Prévoyance pour bénéficier des prestations qui s'y rapportent.**

⇒ Dans tous les cas, il faudra présenter :

→ pour les dépenses d'optique:

- ◆ la facture des frais réels acquittée auprès de l'opticien, mentionnant en particulier la répartition des dépenses entre les verres et la monture,

→ pour les prothèses dentaires,

- ◆ la facture acquittée du dentiste précisant, de manière non équivoque, la ventilation des actes selon qu'ils sont ou non remboursés par la Sécurité sociale,
 - en tout état de cause, il est fortement conseillé, **avant d'engager des dépenses conséquentes**, de faire établir un devis détaillé par le dentiste et de le communiquer à l'Institution de Prévoyance qui renseignera alors de manière précise sur le montant exact de la prise en charge.

➤ Le paiement des prestations (hors Tiers payant et Prise en charge) :

- ⇒ Les prestations, dès lors que leurs montants cumulés atteignent 8€, sont immédiatement versées à l'assuré par virement bancaire ou postal. Rappelons qu'il appartient, pour ce faire, de transmettre un relevé d'identité bancaire ou postal.
- ⇒ Les petits montants sont en tout état de cause soldés une fois par semestre.
- ⇒ Un bordereau récapitulatif détaillé des prestations complémentaires versées est alors adressé, au plus tard 30 jours après le paiement, regroupant l'ensemble des opérations effectuées durant cette période.
- ⇒ A tout moment, le participant peut consulter l'état de son compte sur Internet au moyen des codes confidentiels qui lui sont transmis au 1er paiement.

› Paiement aux professionnels de santé :

- Certaines dépenses de santé peuvent donner lieu à un remboursement direct au professionnel de santé, soit par le biais d'une prise en charge, soit par un système de tiers payant et évitent ainsi à l'assuré d'en faire l'avance de fonds.

☐ Hospitalisation :

- En cas d'hospitalisation, il faut demander à l'établissement hospitalier de prévenir l'Institution de Prévoyance qui établira une "Prise en charge" et lui règlera alors directement les frais de séjour (ticket modérateur, forfait journalier, chambre particulière, etc.... selon dispositions de la garantie).
- Cette possibilité ne s'applique généralement pas aux hospitalisations effectuées en Etablissements non conventionnés, situation dans laquelle il y a lieu de régler la facture intégralement à l'hôpital et l'adresser ensuite à l'Institution de Prévoyance
- Les suppléments personnels pour boissons, téléphone, télévision ne sont pas pris en charge.
- Les suppléments d'honoraires éventuels, payés directement par l'assuré au professionnel de santé, seront remboursés selon dispositions de la garantie sur présentation d'une facture "acquittée".

☐ SP SANTE :

- Il est proposé aux assurés un tiers payant pour les dépenses de pharmacie, laboratoire et radiologie via SP SANTE, permettant la dispense d'avance des frais dans la mesure où le professionnel de santé pratique ce système.
 - ◆ A cet effet, l'Institution de Prévoyance adressera au participant une attestation confirmant une ouverture de droit et renouvelable annuellement, tant qu'il sera couvert par le présent contrat. L'attestation de couverture doit être présentée au professionnel de santé (pharmacien, laboratoire, radiologue) qui ne peut accorder le tiers payant qu'aux personnes clairement mentionnées sur ces documents et durant sa période de validité.
 - ◆ Le participant est tenu de prévenir l'employeur de tous les changements de situation de famille (naissance, changement de CPAM, ...) et de lui adresser la nouvelle attestation jointe à sa carte VITALE.
- Ce dernier s'engage à communiquer à l'Institution de Prévoyance ces éléments.
- En cas de résiliation du contrat ou de radiation de l'entreprise, quel qu'en soit le motif, il appartient au participant de restituer impérativement l'attestation SP SANTE à son employeur qui s'engage à la détruire.

☐ Tiers Payant Optique*:

- L'opticien prend contact avec l'Institution de Prévoyance et
 - ◆ adresse une demande de prise en charge (devis détaillé) par fax au 03.89.33.36.72.
 - ◆ l'Institution de Prévoyance lui retourne un accord de prise en charge faisant apparaître le montant de la participation telle que définie contractuellement.
- NB : Tiers payant dans la limite du montant de la participation complémentaire.
*Il appartient à chaque opticien d'accepter ou non d'effectuer le tiers payant.

☐ Autres Tiers Payants :

- Pour les frais importants auxquels vous pourriez être amenés à faire face, nous tenons à vous préciser que le Professionnel de Santé peut nous contacter pour un accord ponctuel.

Pour toute question particulière concernant un tiers payant, un devis ou une prise en charge,

***vous pouvez nous contacter au
03 89 33 36 37 - Fax 03 89 33 36 05***

Dispositions Réglementaires Générales

Bases des garanties :

› **Cotisations :**

- Les cotisations sont déterminées en fonction, soit, d'une valeur forfaitaire, soit d'un taux appliqué à une assiette (plafond de la Sécurité sociale, salaire ou tranches de salaire, etc...), avec application éventuelle d'une cotisation minimale.
- Par ailleurs, les dispositions des contrats peuvent éventuellement prévoir une indexation de cotisation en fonction de l'évolution de la consommation médicale ou de tout autre indice. Il est précisé que pour les assurés qui exercent une activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.
- Les cotisations sont dans tous les cas mentionnées dans le Certificat d'Adhésion.

› **Prestations :**

- La base de calcul des prestations est exprimée en fonction :
 - ≡ soit des tarifs de convention de la Sécurité sociale française (TC),
 - ≡ soit de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) de tout ou partie des frais réellement engagés,
 - ≡ soit d'un montant forfaitaire,
 - ≡ soit du remboursement de la Sécurité sociale française,
 - ≡ soit en fonction d'indices ou de grilles propres à l'Institution sans que cette liste ne soit limitative.
- Les bases de calcul des prestations sont mentionnées dans les modalités pratiques du présent document.

Admission des participants :

› **Participant :**

- La qualité de participant résulte de l'appartenance à la catégorie de personnel couverte, de la signature du bulletin individuel d'affiliation, de sa transmission à l'Institution et de son acceptation par cette dernière.
- Lors de leur inscription et pendant toute la période de couverture, les participants doivent répondre avec exactitude et sans omission aux questions posées par l'Institution, notamment dans le cas où l'adhésion est subordonnée à une sélection médicale.
 - ≡ Participants à une garantie à Affiliation obligatoire :
 - Par principe, ont la qualité de participants, les salariés inscrits, justifiant d'un contrat de travail en cours de validité et donnant lieu à versement d'une rémunération, appartenant à l'entreprise adhérente ou à la catégorie de personnel définie par le Certificat d'Adhésion.
 - Rappelons que pour les seules garanties frais de santé, le caractère obligatoire de la couverture s'apprécie aux regards des critères de déductibilité définis par l'administration sociale et fiscale et en tenant notamment compte des éventuelles dispenses d'affiliation admises par la législation.
 - ≡ Participants à une garantie à affiliation facultative :
 - Peuvent acquérir la qualité de participants individuels :
 - ◆ Les salariés justifiant d'un contrat de travail en cours de validité et donnant lieu à versement d'une rémunération appartenant à la catégorie de personnel de l'entreprise adhérente pour laquelle la garantie est souscrite, sous réserve de signer un bulletin individuel d'affiliation.
 - ◆ Sous réserve de signer un bulletin d'affiliation individuel dans les six mois de la rupture de leur contrat de travail ou de la date du décès de l'assuré et de verser les cotisations dues :
 - les anciens salariés bénéficiaires, au titre d'une adhésion obligatoire de leur ancien employeur, d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement,
 - les personnes garanties du chef du participant décédé.

› **Date d'effet de l'admission :**

- Dans le cas d'une garantie à affiliation obligatoire :
 - ≡ Lorsque l'adhésion a pris effet, les garanties sont effectives pour chaque membre du personnel qui prend la qualité d'assuré aux dates suivantes :
 - Personnel affilié lors de la prise d'effet de l'adhésion ou de la garantie, dès cette date.
 - Personnel affilié postérieurement à la date d'effet de l'adhésion, à sa date d'entrée dans la catégorie de personnel.
- Dans le cas d'une garantie à affiliation facultative :
 - ≡ L'employeur transmet à l'Institution, pour chaque assuré concerné un bulletin individuel d'affiliation dûment complété et signé.
 - Le bulletin individuel d'affiliation devra être transmis dans un délai maximum de un mois à compter de la date d'affiliation souhaitée par le nouvel assuré.
 - A défaut, l'admission à l'assurance du participant prend effet au premier jour du mois suivant la réception du bulletin individuel d'affiliation par l'Institution.
 - Si le recouvrement des cotisations est prévu directement auprès du participant, la transmission de sa demande d'affiliation à une garantie individuelle pourra être effectuée directement par ce dernier.
 - ≡ La prise en charge par l'Institution des frais engagés par le participant est acquise dès sa date d'admission.

Cessation des garanties :

- › La qualité de participant au titre d'un contrat collectif à affiliation obligatoire ou facultative et donc de bénéficiaire des garanties cesse :
 - à la date à laquelle l'assuré ne fait plus partie de la catégorie de personnel assuré,
 - à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite),
 - à la date de résiliation de l'adhésion par l'entreprise adhérente.
 - en cas de cessation d'activité de l'entreprise (à la fin du préavis du participant, qu'il soit effectué ou non).
- › Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, le participant, une fois admis, ne peut être exclu de l'assurance contre son gré, à condition que la cotisation ait été payée.
- › **Garantie à affiliation facultative :**
 - Le participant à titre facultatif a la faculté de mettre fin annuellement à son affiliation au 31 décembre de l'exercice, ou de l'exercice suivant en cas d'affiliation dans l'année.
 - Pour ce faire, il en informera l'Institution par l'intermédiaire de son employeur par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant le 31 décembre.

Réclamation – Arbitrage :

- › **Réclamation :**
 - Toute réclamation devra être adressée à la
CAIRPSA-CARPRECA Prévoyance
143 Avenue Aristide Briand – BP 2439
68067 MULHOUSE CEDEX.
- › **Contestation :**
 - Pour toutes contestations, l'adhérent ou le participant et l'Institution de Prévoyance s'engagent, avant d'avoir recours à l'arbitrage prévu ci-dessous, à formuler par écrit de façon précise leur point de vue et à se rencontrer pour tenter de résoudre le litige à l'amiable. Tous les différends qui n'auraient pu être réglés par accord amiable des parties, dans un délai de trois mois à compter du jour où la partie la plus diligente aura notifié son point de vue écrit prévu ci-dessus, seront résolus par un collège arbitral composé de trois arbitres : l'adhérent désignant son arbitre, l'Institution de Prévoyance désignant un second arbitre, le troisième, le Président, étant choisi par les deux premiers. En cas de carence pour la désignation d'un arbitre pendant plus d'un mois, il sera procédé à cette désignation par le Président du Tribunal de Grande Instance de Mulhouse statuant en référé sur simple requête de la partie la plus diligente. Le tribunal arbitral statuera, par décision motivée, à la majorité de ses membres et en qualité d'amiable compositeur. La sentence arbitrale sera définitive et exécutoire. Elle précisera dans quelles conditions les partenaires supporteront les frais d'arbitrage.

Subrogation :

- › Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Institution de Prévoyance est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participant, ou du bénéficiaire, ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Prescription :

- › Toutes actions dérivant des opérations mentionnées ci-dessus sont prescrites après deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Passé ce délai, l'action n'est plus recevable.

Loi Informatique et Libertés

- › Les informations concernant le participant sont utilisées conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978.
 - Elles sont exclusivement communiquées aux services de l'Institution, et le cas échéant, à ses mandataires, ses réassureurs ou à des organismes professionnels concernés par le présent contrat.
 - Le participant peut accéder aux informations le concernant et demander de procéder aux rectifications nécessaires en s'adressant au siège de l'Institution au - 143, Avenue Aristide Briand – 68067 MULHOUSE CEDEX.

Dispositions Réglementaires Particulières

La Garantie Frais de Santé :

Objet de la garantie :

- › La garantie a pour objet le versement sans que cette liste soit limitative :
 - d'indemnités complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité de la Sécurité sociale,
 - d'indemnités pour certains frais de santé non remboursés par la Sécurité sociale.

NB : Elle entre dans le cadre des contrats dits "RESPONSABLES" et peut bénéficier à ce titre des avantages mentionnés aux articles L871-1 et L-863-6 du Code de la Sécurité sociale.

Elle ne prend notamment pas en charge la contribution forfaitaire instaurée par la loi du 13 Août 2004, les dépassements d'honoraires et majoration de ticket modérateur prévus dans le cas du non-respect du parcours de soin, dans le respect des limites éventuelles prévues par la loi et des critères fixés par décret en Conseil d'Etat (R.871-1 et R.871-2) ainsi que les franchises prévues à l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale.

Frais indemnisés :

- › Les frais remboursables ainsi que la valeur des prestations figurent dans le tableau descriptif des prestations en début de Notice.
- › Les prestations de la CAIRPSA-CARPRECA Prévoyance sont calculées, acte par acte, selon les coefficients stipulés dans le tableau descriptif et sont limitées, en tout état de cause et tous régimes confondus, aux frais réellement engagés.
 - Les frais en cause doivent avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale française avec une date de soins pendant la période d'assurance.
 - Toutefois, l'Institution peut prendre en charge certains frais exposés pendant la période d'assurance qui, figurant dans la nomenclature des actes (NGAP ou CCAM), n'ont pas ouvert droit à remboursement de la Sécurité sociale ; les frais concernés sont mentionnés dans le tableau descriptif. Il en va de même pour certains frais médicaux qui ne figurent pas dans la nomenclature de la Sécurité sociale.
 - ▣ La date des soins retenue sera, dans tous les cas, celle figurant sur le décompte de l'organisme de Sécurité sociale ou sur la facture du professionnel de santé pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale et ne figurant pas sur ses décomptes.
- › Pour les consultations et visites chez un praticien non conventionné, elle rembourse sur la base fictive du tarif conventionné.
- › Limitation aux frais réels :
 - Conformément à l'article 9 de la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à charge de l'assuré après remboursements de toutes natures auquel il a droit.
- › Par ailleurs, il est fait application des dispositions générales exposées ci-après pour les domaines suivants :
 - **Soins à l'étranger** (hors Hospitalisation) :
 - Les soins effectués à l'étranger et pris en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de base du pays concerné donneront lieu aux prestations définies dans le présent document à condition qu'ils puissent être clairement identifiés et cotés par assimilation à la nomenclature française (lunettes, couronne dentaire, consultation, etc...).
 - Lorsque les soins à l'étranger font l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de base du pays concerné mais ne peuvent être clairement identifiés et assimilés à une cotation de la Sécurité sociale française, quel que soit le pays concerné, le remboursement de l'Institution de Prévoyance est limité à 200% du montant remboursé par la Sécurité sociale ou par le régime de base du pays concerné
 - ◆ (l'assuré doit alors être en mesure de fournir un justificatif du remboursement du régime de base).

➤ **Chirurgie – Hospitalisation** (hors Hospitalisation à l'étranger) :

- Les soins pris en charge sont les interventions chirurgicales et soins postopératoires qui ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.
- Peuvent être également pris en charge selon détail figurant au tableau descriptif, les frais de séjour en chambre particulière, le forfait hospitalier, la contribution forfaitaire, les frais d'accompagnement d'un enfant, si ce dernier a passé au moins une nuit à l'hôpital.
- Les frais d'accompagnement (lit, repas) d'un enfant hospitalisé sont pris en charge à condition cependant que les frais soient acquittés par une personne assurée par l'Institution et qu'ils soient facturés par l'Établissement hospitalier.
 - ◆ Sont également pris en charge les frais d'hébergement et de nourriture engagés dans les "maisons de parents".
 - ◆ Les frais de chambre particulière ou d'accompagnement facturés en cas d'hospitalisation de jour (ambulatoire) sont pris en charge dans les mêmes conditions qu'une hospitalisation avec séjour.
- ⇒ Les forfaits d'accueil et divers suppléments facturés par les hôpitaux ou cliniques (forfait hôtelier, télévision, téléphone, journal,...) ne font l'objet d'aucun remboursement.
- ⇒ Les frais doivent avoir été exposés en hôpitaux, cliniques, sanatoriums, préventoriums conventionnés par la Sécurité sociale.
- ⇒ Par ailleurs, en cas d'hospitalisation sans accord préalable de la Sécurité sociale dans un établissement situé hors de la circonscription territoriale de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont relève le bénéficiaire, la différence de tarif journalier laissée à sa charge n'est pas prise en compte par l'Institution.
 - Pour les séjours dans un centre de réadaptation, en cas de rééducation fonctionnelle ou pour tout séjour dans une maison d'enfant à caractère sanitaire, la prise en charge de l'Institution est identique à celle prévue en cas d'hospitalisation (forfait journalier, chambre, ticket modérateur,...) avec une durée de prise en charge cependant limitée à 90 jours par an et par bénéficiaire.
 - Pour les autres séjours de type repos et convalescence pour traitement des maladies nerveuses ou mentales, diététique, alcoologie,... la prise en charge de l'Institution est identique à celle prévue en cas d'hospitalisation (forfait journalier, chambre, ticket modérateur,...) avec une durée de prise en charge cependant limitée à 45 jours par an et par bénéficiaire.
- ⇒ Ne sont pas assimilés aux frais d'hospitalisation médicale les séjours en maison de retraite, longs séjours ou foyers logements.
 - Il est précisé qu'en cas d'intervention dans un établissement non conventionné, l'Institution interviendra dans les mêmes conditions qu'une intervention dans un établissement conventionné, mais dans la limite de 90 % des frais exposés (séjour + chambre + honoraires) moins le remboursement de la Sécurité sociale.

➤ **Hospitalisation à l'étranger** :

- Les hospitalisations effectuées à l'étranger remboursées par la Sécurité sociale française ou par le régime de base du pays concerné donneront lieu à un remboursement de l'Institution de Prévoyance après intervention des contrats d'assistance dont dispose éventuellement l'assuré.
- Quel que soit le pays concerné, le remboursement de l'Institution de Prévoyance est limité à 200% du montant remboursé par la Sécurité sociale ou par l'organisme de base du pays concerné.

➤ **Frais de maternité** :

- Sauf disposition expresse prévue au tableau descriptif, les frais médicaux liés à l'accouchement (suppléments d'honoraires de l'anesthésiste ou gynécologue, chambre particulière) sont pris en charge au même titre qu'une hospitalisation médicale normale.
 - ◆ Pour faire l'objet d'une prise en charge, les frais doivent avoir été acquittés pour une personne couverte au titre du contrat (assuré ou ayant-droit).
- ⇒ Les frais d'adoption ne donnent pas lieu à remboursement.
 - L'allocation naissance éventuellement prévue au tableau descriptif est versée à l'assuré sur présentation d'un acte de naissance ou d'un justificatif d'adoption.
 - ◆ Cette allocation n'est pas versée lorsqu'un enfant d'un assuré (ayant droit) devient lui-même parent.

➤ **Frais de transport** :

- Pour la prise en charge des frais de transport en véhicule particulier, l'Institution estimera les frais sur la base de la distance parcourue et du barème fiscal des indemnités kilométriques en vigueur au moment du déplacement.

➤ **Optique** :

- Les frais engagés pour les traitements de teinte de lunettes et pour les produits d'entretien des lentilles ne sont pas pris en charge.

➤ **Dentaire :**

- Le remboursement de l'Institution est limité dans tous les cas au ticket modérateur pour les soins pour lesquels le dentiste n'est pas autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires (détartrage, faux-moignon, amalgame, composite, ...).
 - ◆ Pour les soins avec dépassements autorisés (inlay, onlay, ailette, attelle, ...), il est fait application du pourcentage de remboursement prévu au tableau descriptif.

≡ Sauf disposition contraire expressément mentionnée au tableau descriptif, les soins de parodontologie et d'orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge par l'Institution.

≡ La date de soin retenue pour déterminer si l'Institution rembourse ou non les soins est la date de soin figurant sur le décompte de la Sécurité sociale ou sur la facture du dentiste pour les soins non pris en charge par la Sécurité sociale. C'est notamment le cas pour ce qui concerne l'orthodontie reconnue.

- Si les prestations telles que figurant au tableau descriptif prévoient un remboursement sous la rubrique "Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale", les soins pris en charge et leur valorisation figurent alors en annexe au descriptif des prestations.

➤ **Cure :**

- Les soins de cure dispensés suite à une ordonnance du médecin traitant dans le cadre du parcours de soins font l'objet d'une prise en charge minimale du ticket modérateur.
 - ◆ Le forfait prévu pour le séjour est versé sur présentation de factures acquittées.

≡ Ne sont considérés comme soins de cure que les soins qui font l'objet d'une cotation et d'un remboursement de la Sécurité sociale.

≡ Ne font notamment pas l'objet d'un remboursement les suppléments de confort (1ère classe, ...).

≡ Les cures de thalassothérapie ne font pas l'objet d'un remboursement.

➤ **Allocations obsèques** (si prévues au tableau descriptif des Prestations):

- L'allocation obsèques est versée à condition que la personne décédée ait été assurée au titre du contrat.
 - ◆ Elle est dans tous les cas limitée aux frais engagés et sera versée sur le compte de l'assuré ou pourra l'être directement aux pompes funèbres ou à la personne qui a acquitté les frais.

Exclusions et limites :

- ⊗ Sauf indication contraire figurant au tableau descriptif, ne donnent pas lieu à remboursement les frais :
 - non remboursés par la Sécurité sociale
 - relatifs à des actes ne figurant pas dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM)
 - engagés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ou après la cessation de celle-ci.
- ⊗ Pour les frais correspondant à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la nomenclature de la Sécurité sociale, le remboursement est limité à la cotation réellement définie par la nomenclature.
- ⊗ Pour les frais correspondant à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens, ou dans le cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement de l'Institution est limité au Ticket modérateur.
- ⊗ Sauf indication contraire figurant au tableau descriptif, les soins hors nomenclature ne font pas l'objet d'un remboursement.
 - L'Institution se réserve le droit de redéfinir les frais figurant sur le décompte ou la télétransmission de la Sécurité sociale, si à la vue d'une facture, il s'avère qu'une partie de ces frais correspond à des actes hors nomenclature.
- ⊗ En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais exposés dans le cadre du parcours de soins pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Versement des prestations

- ⊗ Les remboursements complémentaires sont virés sur le compte bancaire ou postal du participant.

Déclaration des sinistres

- ⊗ Les demandes de remboursement doivent, sous peine de déchéance, être adressées dans les deux ans suivant la date des soins.

Poursuite des règlements indus

- ⊗ L'Institution est en droit de poursuivre le remboursement de toutes prestations indûment versées au bénéficiaire ou à ses ayants droit pour quelque motif que ce soit, notamment lorsqu'elles correspondent à des frais médicaux postérieurs à la date de cessation des garanties.
- ⊗ Le non-respect des délais de déclaration de la sortie des effectifs des assurés peut engager la responsabilité de l'entreprise, notamment en cas de versement par l'Institution de prestations indues au-delà de la période de couverture (après la date de sortie de l'entreprise).
 - En cas de non recouvrement des sommes concernées auprès du bénéficiaire, l'Institution est fondée à demander à l'entreprise de la rembourser.