



Catégorie de Personnel assurée

- . Ensemble des cadres selon la définition du dispositif d'entreprise
- ou
- . Ensemble des non cadres selon la définition du dispositif d'entreprise
- ou
- . Ensemble des salariés et des assimilés salariés au sens de l'article L 311-3 du code de la Sécurité Sociale.

Les salariés de la catégorie définie ci-dessus doivent être affiliés au régime de la Sécurité sociale française.

Garantie assurée

**REMBOURSEMENT DE SOINS - MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE**

MODELE

## Cotisation

⇒ Cotisation du socle obligatoire :

### Pour le salarié :

- Par participant..... 1,62 % PSS (\*)

### Pour les ayants-droit facultatifs :

- Par conjoint bénéficiaire..... 1,73 % PSS (\*)

- Par enfant bénéficiaire (\*\*)... 0,93 % PSS (\*)

(\*) Plafond de la Sécurité Sociale en vigueur pour l'exercice considéré.

(\*\*) Le troisième enfant et les suivants sont garantis sans perception de cotisation.

⇒ Cotisation de l'option facultative (Cotisation supplémentaire à celle du socle) :

### Pour le salarié :

- Par participant..... 0,43 % PSS (\*)

### Pour les ayants-droit facultatifs :

- Par conjoint bénéficiaire..... 0,43 % PSS (\*)

- Par enfant bénéficiaire (\*\*)... 0,20 % PSS (\*)

(\*) Plafond de la Sécurité Sociale en vigueur pour l'exercice considéré.

(\*\*) Le troisième enfant et les suivants sont garantis sans perception de cotisation.

La cotisation inclut le coût des services mis à disposition, ainsi que tous impôts, contributions et taxes, auxquels le présent contrat est ou sera assujéti.

Les ayants droit au contrat doivent être désignés par le participant sur son bulletin individuel d'affiliation et la cotisation correspondante doit être payée.

La cotisation supplémentaire de l'option est payable mensuellement d'avance. Elle est réglée directement par le salarié, seul responsable du paiement des cotisations.

Les cotisations indiquées sont maintenues au titre des exercices 2022 et 2023.

Par la suite, l'évolution de la consommation médicale française étant plus rapide que celle du plafond annuel de la Sécurité sociale, le taux de cotisation est majoré, au 1<sup>er</sup> Janvier de chaque année, dans le rapport de l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale :

- L'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux retenue est la moyenne des deux derniers taux d'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux recensés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé.
- L'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale retenue est celle constatée entre le 1<sup>er</sup> Janvier de l'exercice N-2 et le 1<sup>er</sup> Janvier de l'exercice N-1.

L'exercice N est l'exercice d'assurance en cours.

Pour le personnel en arrêt de travail, la cotisation reste entièrement due :

- sur la base de la dernière rémunération versée précédant ledit arrêt, lorsque les cotisations sont exprimées en pourcentage du salaire brut,
- sur la base du plafond de la Sécurité Sociale en vigueur pour l'exercice considéré, dans les autres cas.

**Les cotisations pourront également être revues en fonction des résultats techniques du périmètre de mutualisation et de tout élément de nature à modifier le risque assuré (démographie, dérive des prestations, évolution de la réglementation ou des remboursements des régimes obligatoires, etc.).**

**Le périmètre de mutualisation est défini par l'ensemble des entreprises adhérentes au régime de branche prévu par l'accord du 9 juillet 2021 auprès de l'assureur recommandé.**

## La résiliation et la révision du contrat d'adhésion

### La résiliation du contrat d'adhésion

Les conditions de résiliation prévues au 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 3 « Durée du contrat – Résiliation » du I - Règlement Général sont modifiées comme suit :

L'adhésion prend effet à la date fixée au contrat d'adhésion et expire le 31 décembre suivant. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année civile, sauf résiliation à l'initiative de l'entreprise adhérente, selon les modalités ci-après.

#### ⇒ **Résiliation à l'initiative de l'entreprise adhérente :**

L'entreprise adhérente peut résilier le contrat d'adhésion :

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

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

- Par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale d'Uniprévoyance : Service des Résiliations, 10 Rue Massue - 94307 VINCENNES Cedex
- Par voie électronique à l'adresse suivante : [resiliationscollectives@uniprevoyance.fr](mailto:resiliationscollectives@uniprevoyance.fr)

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

Par ailleurs, l'entreprise adhérente peut mandater le nouvel assureur afin qu'il puisse notifier sa demande de résiliation par lettre recommandée papier ou électronique et accomplir les formalités nécessaires à la continuité des couvertures.

L'entreprise adhérente n'est redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la

période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas de trop perçu, le solde sera remboursé à l'entreprise adhérente dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues à l'article 10 – « Paiement des cotisations » du I - Règlement Général.

Si la résiliation de l'entreprise adhérente a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation pour le compte de l'entreprise adhérente, les garanties sont maintenues, sous réserve du paiement des cotisations jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance.

Les autres alinéas de l'article 3 demeurent inchangés.

### **La révision du contrat d'adhésion**

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée des engagements de l'Institution. Dans ce cas, l'Institution procède à la révision du contrat d'adhésion. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer au contrat d'adhésion, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Si l'entreprise adhérente et l'Institution ne parviennent pas à un accord sur cette révision, chacune des parties pourra mettre fin au contrat selon les modalités ci-dessous :

- l'entreprise adhérente devra adresser à l'Institution sa notification de résiliation selon les modalités prévues en cas de résiliation à l'initiative de l'entreprise adhérente. La résiliation prendra effet un mois après la réception de la notification de l'entreprise adhérente. Si la notification de l'entreprise adhérente est envoyée moins d'un an après la première souscription du contrat d'adhésion, la résiliation prendra effet à la fin du trimestre civil au cours duquel la notification a été envoyée à l'Institution.
- l'Institution notifiera la résiliation à l'entreprise adhérente par lettre recommandée. La résiliation prendra alors effet à la fin du trimestre civil suivant la date d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi.

### **Paiement des cotisations**

L'article 10 « Paiement des cotisations » du I - Règlement Général est complété par ce qui suit :

En cas de résiliation en cours d'année, l'entreprise adhérente s'engage à régler les cotisations dues et à transmettre à l'Institution les justificatifs associés (effectifs et base de cotisation) au plus tard 15 jours après la date de résiliation.

### Suspension des garanties

L'article 6-3 « Suspension des garanties » du I - Règlement Général est modifié comme suit :

Les participants dont le contrat de travail est suspendu pour maladie, maternité ou accident (avec ou sans indemnisation de l'entreprise adhérente ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers), ou pour une autre cause avec indemnisation de l'entreprise adhérente (notamment un revenu de remplacement versé par l'employeur), continuent de bénéficier des garanties du contrat d'adhésion. Pendant cette période, les cotisations continuent d'être dues pour les participants concernés, dans les mêmes conditions que pour les participants en activité. Pour les autres cas de suspension du contrat de travail, les dispositions suivantes s'appliquent, **sauf en cas de maintien des garanties dans les conditions fixées à l'Annexe 4** :

- la suspension intervient au jour de la suspension du contrat de travail, à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail du participant au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de 3 mois suivant la reprise.
- aucune cotisation n'est due au titre du participant concerné pendant la période de suspension de la garantie.

### Dispositions relatives à la portabilité du contrat d'adhésion : maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage

L'article 7 du I - Règlement Général est remplacé par ce qui suit :

Tant que le présent contrat est en vigueur, l'assurance est maintenue, aux mêmes clauses et conditions, aux anciens salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée en cas de cessation ou de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions suivantes.

#### 1 – Bénéficiaires du maintien

Bénéficiaire du présent maintien les anciens salariés, déclarés selon les modalités du paragraphe 6, qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Ce maintien n'est pas accordé :

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

Le maintien demandé par l'ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues, si ces derniers étaient couverts au titre du présent contrat à la date de cessation ou de rupture du contrat de travail.

#### 2 – Prise d'effet et durée du maintien

L'ensemble des garanties prend effet à compter du lendemain du jour de la cessation ou de la rupture du contrat de travail du salarié assuré, pour une durée égale à la période d'indemnisation

du chômage, dans la limite maximale de la durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. La durée de la portabilité est appréciée en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Dans les cas visés au paragraphe 4 – Cotisations ci-après, les dispositions décrites ci-dessus s'appliquent à réception des cotisations additionnelles.

### 3 – Cessation du maintien des garanties

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

- au terme de la durée maximale prévue au paragraphe 2 – Prise d'effet et durée du maintien,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite de la Sécurité sociale,
- à l'épuisement des droits acquis au titre de la portabilité,
- au terme de l'indemnisation par Pôle emploi.

Avant ce terme, le maintien est interrompu :

- à la date de suspension des garanties du présent contrat en cas de non-paiement des cotisations,
- à la date de résiliation du présent contrat.

En tout état de cause, les bénéficiaires du présent maintien des garanties pourront demander, dans les 6 mois qui suivent l'expiration de ce maintien, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'Article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989.

### 4 – Cotisations

#### 4.1 - En cas de licenciement d'une partie des salariés

L'Entreprise Adhérente s'engage à informer l'Institution sans délai de toute mesure de licenciement collectif dès que le nombre cumulé de salariés licenciés atteint 5 % de l'effectif assuré sur une période de 3 mois. Dans ce cas, l'Entreprise Adhérente doit s'acquitter d'une cotisation additionnelle au titre de la présente garantie.

Cette cotisation additionnelle est calculée en proportion du nombre de salariés licenciés, appartenant à la catégorie assurée, et entraîne une majoration de la cotisation prévue au présent contrat, payable à l'échéance trimestrielle suivante.

#### 4.2 - En cas de licenciement de la totalité des salariés

Par dérogation à l'article 10-1 du I - Règlement Général, la cotisation est payable d'avance, au jour de l'accord de la garantie, lorsque l'Entreprise Adhérente, ou son représentant légal (administrateur ou liquidateur), informent l'Institution que la totalité des salariés sera licenciée et bénéficiaire de la garantie.

Dans ce cas, la procédure de déclaration est la suivante :

- Le représentant sollicite le maintien de la garantie tel que décrit au paragraphe 2 – Prise d'effet et durée du maintien ci-dessus ; la demande est accompagnée du nombre de bénéficiaires potentiels ;
- L'Institution s'engage à transmettre le montant de la cotisation due dans le délai de 10 jours ouvrés à partir de la réception de l'ensemble des éléments en permettant le calcul. A défaut de précision, la cotisation est calculée au prorata de la dernière cotisation pour une durée de 12 mois ;

- A réception du règlement, la garantie du présent article 7 prendra effet pour la totalité des bénéficiaires.

#### 5 – L'étendue des garanties

Les garanties sont celles prévues pour le personnel en activité.

#### 6 - Modalités d'information

##### 6.1 – Obligations de l'entreprise adhérente

L'Entreprise Adhérente doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail remis à l'ancien salarié lors de son départ de l'entreprise.

Après l'avoir complétée et signée, l'entreprise adhérente transmet à l'Institution, dès la cessation du contrat de travail, la déclaration de maintien, sur le formulaire prévu à cet effet. L'entreprise adhérente remet à son ancien salarié copie de cette déclaration complétée.

MODELE

## 6.2 – Obligations de l'ancien salarié

Il appartient à l'ancien salarié de justifier directement auprès de l'Institution ses droits à indemnisation du chômage pour bénéficier du présent maintien. A défaut, les prestations sont versées à partir de la date de réception des justificatifs établissant l'indemnisation au titre du chômage.

L'ancien salarié s'engage à déclarer à l'Institution sa reprise du travail ou la liquidation de ses droits à pension de retraite dans un délai de 8 jours après la survenance de l'un de ces deux événements.

Le défaut de déclaration entraîne la restitution des prestations réglées postérieurement au délai susmentionné.

## 7 – Pièces complémentaires à fournir en cas de sinistre

La justification par l'ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

MODELE

## Prescription

L'article 14 du I - Règlement Général est remplacé par ce qui suit :

**Conformément aux dispositions des articles L932-13 et L932-13-3 du code de la Sécurité sociale, toute action dérivant du contrat d'adhésion se prescrit par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;**
- 2) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

**Lorsque l'action de l'adhérent ou du participant contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou le participant ou a été indemnisé par celui-ci.**

**La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.**

**La prescription est portée à 10 ans concernant le risque décès lorsque le bénéficiaire n'est pas le participant et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.**

**Pour les contrats couvrant le risque décès, nonobstant les dispositions du 2), les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès du participant.**

**La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.**

**L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé par l'Institution à l'entreprise adhérente ou au participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant ou le bénéficiaire à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.**

**Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :**

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).**
- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).**
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).**
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).**
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).**
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre**

lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).

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

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'adhésion ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

#### Législation relative au traitement des données à caractère personnel

L'article 21 du I - Règlement Général est remplacé par ce qui suit :

L'entreprise adhérente s'engage à communiquer à l'assureur les informations concernant les assurés, bénéficiaires et ayant droits, dans le strict respect de la loi Informatique et Libertés et de la réglementation européenne sur la protection des données personnelles (RGPD). Ces informations pourront être communiquées à toutes personnes physiques et morales habilitées et/ou intervenant dans la gestion, l'exécution, la passation du contrat d'adhésion. Les assurés, bénéficiaires et ayant droits, bénéficient d'un droit d'accès aux informations à caractère personnel les concernant. Pour les consulter, s'y opposer ou demander leur rectification, leur limitation ou portabilité, les personnes devront contacter le Délégué à la Protection des Données d'Uniprévoyance (DPO) [dpo@uniprevoyance.fr](mailto:dpo@uniprevoyance.fr).

## Réclamations - Médiation

L'article 22 du I - Règlement Général est remplacé par ce qui suit :

### En cas de réclamation :

L'entreprise adhérente, le participant ou un ayant droit du participant peut, en cas de désaccord avec l'Institution, effectuer sa réclamation auprès de son interlocuteur habituel. Si une incompréhension subsiste et indépendamment de son droit d'engager une action en justice, le demandeur peut faire appel au « Service Réclamations », en écrivant à l'adresse suivante :

**UNIPREVOYANCE**  
Service Réclamations  
10 rue Massue  
94307 VINCENNES CEDEX

en précisant son nom et le numéro du contrat concerné ainsi que ses coordonnées complètes. Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin.

A l'issue de la procédure interne de traitement des réclamations et en cas de désaccord persistant avec l'Institution dans un délai d'un an à compter de la date de réception de la réclamation écrite adressée à cette dernière, le demandeur peut saisir le médiateur de la protection sociale, par courrier recommandé avec accusé de réception, à l'adresse suivante : Le Médiateur de la protection sociale (CTIP), 10 rue Cambacérès, 75008 Paris, soit par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>.

Le recours au Médiateur de la protection sociale est gratuit. Le médiateur de la protection sociale, personnalité indépendante, formulera un avis dans les 90 jours à compter de la date à laquelle il a notifié sa saisine. Le recours au Médiateur de la protection sociale s'exerce dans un souci de règlement à l'amiable, sans préjudice des autres voies d'action légales.

### Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Le présent contrat sera sans effet et l'Institution ne sera pas tenue de payer une indemnité ou de fournir des garanties à ce titre dès lors que l'exécution du contrat exposerait cette dernière (l'Institution) aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictés par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

Les dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux  
et le financement du terrorisme

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

Afin de permettre à l'Institution de respecter ces obligations, l'entreprise adhérente s'engage à lui remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui concernent l'entreprise ainsi que ceux concernant les assurés salariés. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'assuré salarié.

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

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

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

• **il prend en charge :**

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

• **il ne prend pas en charge :**

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

Le présent contrat respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Il permet également aux salariés de

l'entreprise adhérente, et à leurs ayants droit le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

En outre, le présent contrat :

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

\_\_\_\_\_

**Le présent contrat d'adhésion doit être accompagné des documents suivants :**

- **Un extrait KBIS datant de moins de 3 mois,**
- **Les bulletins individuels d'adhésion de chaque salarié assuré.**

**L'entreprise adhérente reconnaît avoir reçu une notice d'information destinée aux participants et s'engage à remettre un exemplaire à chacun d'eux. Elle déclare conserver auprès d'elle la preuve de cette remise.**

**L'entreprise adhérente déclare avoir pris connaissance et accepter les dispositions des Statuts et du Règlement de l'Institution, dont les textes sont joints au présent contrat d'adhésion.**

\_\_\_\_\_

Fait à VINCENNES, en double exemplaire, le PREMIER JANVIER DEUX MILLE VINGT DEUX.

Pour l'ENTREPRISE ADHERENTE :

Pour UNIPREVOYANCE :

# CHAPITRE I

## BENEFICIAIRES DES GARANTIES

### A. DEFINITION DES BENEFICIAIRES

Le PARTICIPANT est seul bénéficiaire de la garantie.

Il peut toutefois demander, pour des garanties identiques aux siennes, l'adhésion à l'assurance pour ses ayants droit définis au paragraphe – LES AYANTS DROIT FACULTATIFS ci-après.

### B. LES AYANTS DROIT FACULTATIFS

#### 1. DEFINITION

Le participant peut demander, pour des garanties identiques aux siennes, l'adhésion à l'assurance de ses ayants droit ci-après :

- Le CONJOINT du salarié. Ce vocable étant utilisé pour désigner :
  - L'époux(se) du salarié, non divorcé(e) ou non séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
  - Le partenaire lié par un PACS : la personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du Code Civil ;
  - Le concubin : la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du Code civil, depuis au moins deux ans ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés, ni liés par un PACS), et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.
- Les ENFANTS du salarié. Ce vocable étant utilisé pour désigner les enfants du salarié ou ceux de son conjoint, partenaire ou concubin sous réserve que ces enfants aient leur domicile chez ce conjoint (partenaire ou concubin), âgés :
  - de moins de 21 ans, sans condition. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à la veille du 28<sup>ème</sup> anniversaire pour les enfants :
    - Poursuivant des études dans l'enseignement secondaire ou supérieur ou professionnel ou en apprentissage ;
    - Poursuivant une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
    - Inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeur d'emploi. En outre, les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi ;
    - Quel que soit leur âge si l'enfant est reconnu handicapé par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

A tout moment, les garanties des ayants droit restent identiques à celles du participant. Les ayants droit doivent être affiliés à la Sécurité Sociale.

## **2. DATE D'EFFET DE L'ADHESION ET DUREE DE LA GARANTIE**

### **➤ Date d'effet de l'adhésion**

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation et des dispositions du paragraphe suivant :

- à la date d'adhésion du participant lorsque les ayants droit figurent sur le bulletin individuel d'affiliation initial de ce dernier,
- s'agissant du conjoint ou du partenaire, à la date de mariage ou de signature du PACS lorsque la demande est reçue dans les trente jours qui suivent ladite date, au-delà de ce délai de 30 jours, l'adhésion prend effet au premier jour du mois civil suivant la demande
- à la date à laquelle l'ayant droit répond à la définition visée ci-dessus, lorsque la demande est reçue dans les trente jours qui suivent ladite date, au-delà de ce délai de 30 jours, l'adhésion prend effet au premier jour du mois civil suivant la demande
- dans les cas non visés ci-dessus, le 1er janvier de chaque année, lorsque la demande est reçue avant le 1er novembre de l'année précédente.

### **➤ Durée de la garantie**

La garantie prend effet à la date d'effet de l'adhésion.

L'Institution rembourse les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte de la Sécurité sociale, est comprise entre le début et la fin de la garantie définie ci-dessous.

### **➤ La fin de la garantie**

La garantie prend fin :

- à la date à laquelle les ayants droit ne répondent plus à la définition ci-dessus,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités du § « Cotisation » ci-dessous,
- en cas de résiliation dans les conditions définies ci-après,
- en cas de cessation de l'assurance pour le participant, et en particulier en cas de résiliation du contrat d'adhésion.

Toute résiliation est définitive sauf en cas de changement de situation de famille.

### **Résiliation à l'initiative du participant :**

Le participant peut résilier :

A l'échéance annuelle de son renouvellement, en notifiant sa résiliation avec un préavis minimum de deux mois, la date d'expédition de la notification faisant foi pour le respect du délai.

À tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de la notification de résiliation de l'entreprise adhérente.

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

Par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale d'Uniprévoyance : Service des Résiliations, 10 Rue Massue - 94307 VINCENNES Cedex

Par voie électronique à l'adresse suivante : [resiliationscollectives@uniprevoyance.fr](mailto:resiliationscollectives@uniprevoyance.fr)

### **3. COTISATION**

#### **➤ Règlement des cotisations**

Le montant de la cotisation est indiqué sur le Bulletin individuel d'affiliation, puis ultérieurement sur chaque appel de cotisation. En cas de désaccord sur cette évolution, l'ayant droit peut mettre fin à son adhésion en envoyant à l'Institution une lettre recommandée ou une lettre recommandée électronique dans les quinze jours suivant la date à laquelle il a pris connaissance des modifications. La résiliation prendra effet un mois après l'expédition de sa lettre recommandée.

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance par prélèvement automatique sur compte bancaire.

Elles sont réglées directement par le participant qui est seul responsable de leur versement.

Toutes les taxes d'assurance existantes ou établies postérieurement à la date d'effet du contrat sont versées en même temps que les cotisations.

Le paiement de la cotisation doit être effectué dans les 10 jours qui suivent leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

#### **➤ Défaut de paiement des cotisations**

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours de son échéance, l'Institution adresse à l'ayant droit une lettre recommandée de mise en demeure. En cas de non-paiement dans un délai de trente jours à compter de cette mise en demeure, son adhésion est suspendue.

L'adhésion est résiliée à défaut de paiement dans les dix jours qui suivent le délai de trente jours précité, soit quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure.

## **CHAPITRE II**

### **L'OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE**

L'option facultative responsable décrite ci-après est souscrite par l'entreprise adhérente au profit de ses salariés pour leur permettre de compléter, s'ils le désirent, leur régime socle obligatoire responsable.

#### **Les conditions d'adhésion et de choix de l'option**

Pour adhérer à l'option, chaque salarié doit compléter le bulletin individuel d'affiliation pour lui-même et ses ayants droit. La demande d'adhésion peut avoir lieu à tout moment et elle doit préciser l'option choisie.

#### **Le début de la garantie**

- Le participant, selon le cas, bénéficie de la garantie :
  - dès la date d'effet du contrat, lorsque le bulletin individuel d'affiliation est reçu dans les trente jours qui suivent ladite date,
  - dès la date d'entrée dans l'entreprise ou dans le groupe assuré, lorsque le bulletin individuel d'affiliation est reçu dans les trente jours qui suivent ladite date,
  - dès la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage, PACS, concubinage, rupture de PACS, rupture de concubinage), lorsque le bulletin individuel d'affiliation est reçu dans les trente jours qui suivent ladite date,
  - dès le 1er janvier de chaque année lorsque le bulletin individuel d'affiliation est reçu avant le 1er novembre de l'année précédente, dans les cas non visés ci-dessus.

Les salariés en préavis de licenciement et les anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties prévu dans le cadre des dispositions de l'article 7 du I - Règlement Général, ne peuvent pas souscrire à des nouvelles garanties ou à des nouveaux contrats facultatifs.

#### **La fin de la garantie**

- A l'initiative du participant

Le participant peut résilier :

A l'échéance annuelle de son renouvellement, en notifiant sa résiliation avec un préavis minimum de deux mois, la date d'expédition de la notification faisant foi pour le respect du délai.

À tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de la notification de résiliation de l'entreprise adhérente.

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

Par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale d'Uniprévoyance : Service des Résiliations, 10 Rue Massue - 94307 VINCENNES Cedex

Par voie électronique à l'adresse suivante : [resiliationscollectives@uniprevoyance.fr](mailto:resiliationscollectives@uniprevoyance.fr)

La cessation de la garantie entraîne la radiation du participant et de ses ayants droit.

La radiation d'un des ayants droit au titre du régime de base obligatoire entraîne sa radiation au titre de l'option choisie à la même date.

Toute radiation est définitive sauf en cas de changement de situation de famille.

- Dans les autres cas

Le participant cesse de bénéficier de l'option choisie en cas de résiliation du contrat.

La cessation ou la suspension de la garantie pour le participant s'applique à lui-même et à ses ayants droit.

### **Cotisation**

- Règlement des cotisations

Le montant de la cotisation est indiqué sur le Bulletin individuel d'adhésion, puis ultérieurement sur chaque appel de cotisation. En cas de désaccord sur cette évolution, le participant peut mettre fin à son adhésion et à celle de ses ayants droit en envoyant à l'Institution une lettre recommandée ou une lettre recommandée électronique dans les quinze jours suivant la date à laquelle il a pris connaissance des modifications. La résiliation prendra effet un mois après l'expédition de sa lettre recommandée.

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance par prélèvement automatique sur compte bancaire.

Elles sont réglées directement par le participant qui est seul responsable de leur versement.

Toutes les taxes d'assurance existantes ou établies postérieurement à la date d'effet du contrat sont versées en même temps que les cotisations.

Le paiement de la cotisation doit être effectué dans les 10 jours qui suivent leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

- Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours de son échéance, l'Institution adresse au participant une lettre recommandée de mise en demeure. En cas de non-paiement dans un délai de trente jours à compter de cette mise en demeure, son adhésion est suspendue.

L'adhésion est résiliée à défaut de paiement dans les dix jours qui suivent le délai de trente jours précité, soit quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure.

## CHAPITRE III

### MONTANT DE L'INDEMNITE COMPLEMENTAIRE

#### REMBOURSEMENT DE SOINS - MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITE

##### A - FRAIS OUVRANT DROIT A PRESTATION

- a) Les frais ouvrant droit à prestation sont, sous réserve des dispositions des paragraphes b) et c) ci-après, ceux énumérés au paragraphe B du présent chapitre qui, concernant des traitements de maladie ou d'accident, ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale et pour lesquels la date des soins figurant sur le bordereau de la Sécurité Sociale est comprise entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la nomenclature en vigueur ou dans la liste des produits et prestations, et qui n'ont pas donné lieu à une prescription médicale ou à un remboursement de la Sécurité Sociale, ouvrent droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite au paragraphe B du présent chapitre.

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

- b) Une demande de prise en charge est exigée s'agissant d'un séjour en maison de repos et de convalescence non exclu aux termes du paragraphe c) ci-après.
- c) SONT EXCLUS DE LA GARANTIE, LES FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE TRAITEMENT, NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE, REALISES :
- EN ETABLISSEMENTS DE POST-CURE,
  - EN CENTRE DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE,
  - EN CENTRE SPECIALISE DE SOINS POUR TOXICOMANES.

##### B - MONTANT DES PRESTATIONS

**Les remboursements** ci-dessous **viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale française** et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins, que ce soit en secteur conventionné ou non. Quelle que soit la garantie, le remboursement ne peut être inférieur à 100% TM.

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

## TABLEAU DES GARANTIES ASSURÉES

### REGIME SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE + OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE

Sont présentés ci-après les montants et niveaux remboursés par l'Institution au titre du régime socle obligatoire responsable et de l'option facultative responsable. **Ils viennent compléter ceux de la Sécurité Sociale française et de tout autre organisme**, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale française mais ayant un lien avec les régimes de bases de Sécurité sociale et devant être prévues dans les garanties du présent contrat, sont remboursées. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

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

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE	SOCLE + OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE
<b>L'HOSPITALISATION (y compris frais de maternité) (1)</b>		
<b>Frais de séjour (2)</b>		
- dans un établissement conventionné ou non et tout autre organisme	250% BR-MR	350% BR-MR
<b>Honoraires</b>		
Honoraires médicaux et chirurgicaux des :		
- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	250% BR-MR	350% BR-MR
- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR-MR	200% BR-MR
<b>Forfait journalier hospitalier (3)</b>		
Non remboursé par la Sécurité sociale	100% Forfait	100% Forfait
<b>Chambre particulière (par jour) (4)</b>		
- Par nuitée (y compris maternité)	60 €	80 €
- Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	25 €	32 €
<b>Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour) (4)</b>		
- Non remboursé par la Sécurité sociale	60 €	80 €
<b>Forfait maternité (prime de naissance)</b>		
Non remboursée par la Sécurité sociale. Par enfant	150 €	200 €

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE	SOCLE + OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE
<p><b>(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique</b>  Sont pris en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale.</p> <p>Dans le cadre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale, sont également pris en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile,</li> <li>. l'hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures,</li> <li>. l'intervention chirurgicale sans hospitalisation.</li> </ul> <p>Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le 1<sup>er</sup> jour au titre de l'hospitalisation.</p>		
<p><b>Limitations pour l'ensemble du poste hospitalisation</b>  L'indemnisation des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale, est limitée à 90 jours par année civile et par bénéficiaire. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier.  Au-delà de 90 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur.</p>		
<p><b>(2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur</b></p>		
<p><b>(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.</b></p>		
<p><b>(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.</b></p>		
<p><b>MATERNITE</b></p>		
<p><b>Forfait maternité (prime de naissance)/Enfant</b>  Non remboursée par la Sécurité sociale</p>	<p>150 €</p>	<p>200 €</p>
<p><b>DENTAIRE</b></p>		
<p><b>Soins et prothèses 100% santé *</b></p>	<p>100% PLV-MR</p>	<p>100% PLV-MR</p>
<p><b>Soins</b></p>		
<p>Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie</p>	<p>100% BR-MR</p>	<p>100% BR-MR</p>
<p>Soins dentaires avec dépassements dont Inlay/onlay</p>	<p>150% BR-MR</p>	<p>200% BR-MR</p>
<p>Parodontologie</p>	<p>TM</p>	<p>TM</p>
<p>Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale- par an et par bénéficiaire</p>	<p>300 €</p>	<p>400 €</p>
<p><b>Prothèses autres que 100 % Santé (maîtrisés** et libres***)</b></p>		
<p>dents du sourire (5)</p>	<p>300%BR-MR</p>	<p>350%BR-MR</p>
<p>dents de fond de bouche (6)</p>	<p>250%BR-MR</p>	<p>300%BR-MR</p>
<p>inlays cores</p>	<p>150% BR-MR</p>	<p>200% BR-MR</p>
<p>Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes)</p>	<p>200 € / dent</p>	<p>400 € / dent</p>
<p><b>Implantologie</b></p>		
<p>par implant et par bénéficiaire</p>	<p>300 €</p>	<p>400 €</p>
<p>Couronne sur implant : dents du sourire</p>	<p>300%BR-MR</p>	<p>350%BR-MR</p>
<p>Couronne sur implant : dents de fond de bouche</p>	<p>250%BR-MR</p>	<p>300%BR-MR</p>
<p><b>Orthodontie</b></p>		
<p>Par semestre de traitement et par bénéficiaire</p>	<p>300% BR-MR</p>	<p>350% BR-MR</p>
<p>Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire</p>	<p>200% BRR</p>	<p>250% BRR</p>

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE	SOCLE + OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE
Plafond dentaire applicable sur les prothèses autres que 100% Santé (hors soins dentaires et orthodontie)	Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent HBLD036). Au delà, la garantie sera égale à TM+25%BR	Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent HBLD036). Au delà, la garantie sera égale à TM+25%BR
<p>* <b>Soins et prothèses 100% Santé</b> : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévus à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (<b>Prix Limite de Vente : PLV</b>) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du <b>Montant Remboursé</b> par la Sécurité sociale (<b>MR</b>).</p>		
<p>** <b>Prothèses à tarifs maîtrisés</b>: Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autres que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévus à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (<b>Prix Limite de Vente : PLV</b>) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du <b>Montant Remboursé</b> par la Sécurité sociale (<b>MR</b>).</p>		
<p>*** <b>Prothèses à tarifs libres</b> : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévus à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale.</p>		
(5) Les dents du sourire correspondent aux dents n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44.		
(6) Les dents de fond de bouche correspondent aux dents n° 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48.		
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultation d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	100% BR-MR	200% BR-MR
Consultation d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	100% BR-MR	175% BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	170% BR-MR	230% BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	150% BR-MR	200% BR-MR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	170% BR-MR	200% BR-MR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	150% BR-MR	175% BR-MR
Téléconsultation médicale	24h/24 Numéro de téléphone sans surcoût Depuis la France : 36 33 Depuis l'étranger : +33 1 55 92 27 54 Voir conditions à l'annexe 2 ci-après	
<b>Imagerie médicale</b>		
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	170% BR-MR	200% BR-MR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	150% BR-MR	175% BR-MR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR-MR	100% BR-MR

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE	SOCLE + OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes	150% BR-MR	200% BR-MR
<b>Médicaments</b>		
Médicaments remboursés à 65%	100% BR-MR	100% BR-MR
Médicaments remboursés à 30%	100% BR-MR	100% BR-MR
Médicaments remboursés à 15%	100% BR-MR	100% BR-MR
Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €	150 €
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €	120 €
<b>Matériel médical</b>		
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses pris en charge par la Sécurité sociale française	100% BR-MR + 400 € / an / bénéficiaire	100% BR-MR +500 € / an / bénéficiaire
<b>Médecine additionnelle et de prévention Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel</b>		
Ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur, psychologue, psychothérapeutes	25 € par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 4 séances par an	35 € par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par an
Diététicien - 16 ans - par an et par bénéficiaire	50 €	80 €
Ostéodensitométrie osseuse - - par an et par bénéficiaire	50 €	110 €
<b>Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée au nom du bénéficiaire ou une pièce numérisée, avec le n° ADELI, le n° RPPS ou le n° FINESS du praticien sera demandé.</b>		
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>Equipements 100% santé * (Classe 1)</b>	100% PLV-MR	100% PLV-MR
<b>Equipements à tarifs libres (Classe 2) : Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) - RO + RC</b>		
Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité****	100% BR-MR + 400 € / oreille / bénéficiaire	100% BR-MR + 500 € / oreille / bénéficiaire
Bénéficiaire à compter du 21e anniversaire	100% BR-MR + 400 € / oreille / bénéficiaire	100% BR-MR + 500 € / oreille / bénéficiaire
<b>Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.</b>		
* <b>Equipement 100% Santé</b> : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés ( <b>Prix Limites de Vente : PLV</b> ) en application de l'article L.165-3 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du <b>Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)</b> .		
<b>AUTRES POSTES</b>		
<b>Frais de transport sanitaire (Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR)</b>	100% BR-MR	100% BR-MR

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE	SOCLE + OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE
<b>Cures thermales</b> : frais médicaux, de séjours et de transport	100% BR-MR	200% BR-MR
<b>OPTIQUE</b>		
<b>Verres et monture</b>		
Equipements 100% santé * (classe A)	100% PLV-MR	100% PLV-MR
Équipement autre que 100 % Santé (classe B)	Grille Optique n° 1 en Annexe 1	Grille Optique n° 2 en Annexe 1
En cas d'équipement mixte 100% santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100% santé.		
<b>Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.</b>		
<b>Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe.</b>		
* <b>Equipements 100% Santé</b> : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tels que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés ( <b>Prix Limite de Vente - PLV</b> ) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du <b>Montant Remboursé</b> par la Sécurité sociale ( <b>MR</b> ).		
<b>Autres postes optique</b>		
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité Sociale - par an et par bénéficiaire	150 € (minima TM)	160 € (minima TM)
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100 €	120 €
<b>Chirurgie optique réfractive /Par œil</b>	400 €	500 €

NATURE DES PRESTATIONS	SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE	SOCLE + OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE
<b>SERVICES : PROTECTION SANTE à l'Annexe 2</b>		
<b>Bien-être et prévention</b>		
Le bien-être au quotidien : My easy santé		
Accompagnement de l'entreprise en matière de santé et de sécurité au travail		
<b>Santé au quotidien</b>		
La téléconsultation		
L'Assistant Personnel de Santé		
Les réseaux de professionnels de santé Itelis		
<b>Accompagnement dans les moments difficiles</b>		
Pour préparer son hospitalisation : Hospiway d'Itelis		
Les services d'assistance		

#### COMPRENDRE LES ABREVIATIONS DU TABLEAU DES GARANTIES

- ➔ **FR** : Frais Réels.
- ➔ **FR – MR** : Frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
- ➔ **BR** : **B**ase de **R**emboursement de la Sécurité Sociale (Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement).
- ➔ **MR** : **M**ontant **R**emboursé par la Sécurité Sociale.
- ➔ **BR – MR** : **B**ase de **R**emboursement de la Sécurité Sociale sous déduction du **M**ontant **R**emboursé par la Sécurité Sociale.
- ➔ **EUROS – MR** : Montant en Euros sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
- ➔ **PMSS** : **P**lafond **M**ensuel de la **S**écurité **S**ociale.
- ➔ **TM** : **T**icket **M**odérateur = Base de remboursement (BR) de la Sécurité Sociale moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.
- ➔ **Tiers payant** : disposition permettant au participant et à ses ayants droit de bénéficier du mécanisme de tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité.
- ➔ **DPTAM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.
- ➔ **PLV** : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.
- ➔ **SECURITE SOCIALE** : il s'agit du régime d'assurance maladie obligatoire, prenant en charge les remboursements des frais de santé et régi par le Code de la Sécurité sociale français.

## ANNEXE 1 OPTIQUE

				Grille optique n°1		Grille optique n°2	
				ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE
<b>Simple</b>	<b>UNIFOCAUX</b>	VU1	verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre-6,00 et +6,00 dioptries	60,00 €	90,00 €	80,00 €	110,00 €
		VU2	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre- 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	70,00 €	100,00 €	90,00 €	125,00 €
		VU3	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	70,00 €	100,00 €	90,00 €	125,00 €
<b>Complexe</b>	<b>UNIFOCAUX</b>	VU4	verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de-6,00 à +6,00 dioptries	75,00 €	107,50 €	95,00 €	125,00 €
		VU5	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre- 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	95,00 €	125,00 €	110,00 €	140,00 €
		VU6	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	95,00 €	125,00 €	120,00 €	140,00 €
		VU7	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	95,00 €	125,00 €	110,00 €	140,00 €
<b>Très Complexe</b>	<b>MULTIFOCAUX</b>	VM1	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre-4,00 et + 4,00 dioptries	130,00 €	160,00 €	150,00 €	180,00 €
		VM2	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	155,00 €	190,00 €	170,00 €	200,00 €
		VM3	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	155,00 €	190,00 €	170,00 €	200,00 €
		VM4	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de-4,00 à + 4,00 dioptries	140,00 €	170,00 €	160,00 €	190,00 €
		VM5	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
		VM6	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
		VM7	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
<b>Monture</b>				80,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe.

## ANNEXE 2

# PROTECTION SANTÉ

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

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

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

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

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

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

## **1. BIEN ÊTRE ET PRÉVENTION**

### **1.1. Le bien-être au quotidien : My easy santé**

Le programme de prévention santé My Easy Santé permet de préserver et d'améliorer sa santé au quotidien via l'accès à des tests santé, des actualités et des coachings.

Le programme est disponible via l'application My Easy Santé ou sur le site [myeasysanté.fr](http://myeasysanté.fr).

### **1.2. Accompagnement de l'entreprise en matière de santé et de sécurité au travail**

Préventelis accompagne l'entreprise pour l'aider à respecter ses obligations en matière de santé et sécurité au travail, en facilitant la rédaction du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Ce document est obligatoire pour toutes les entreprises et associations employant au moins 1 salarié.

Préventelis permet également de bâtir un plan d'action de prévention santé au travail, via l'accès d'un réseau de partenaires qualifiés et à prix négociés.

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

## **2. SANTE AU QUOTIDIEN**

### **2.1. Téléconsultation**

La téléconsultation est une consultation médicale par téléphone ou par vidéo, assurée par un médecin inscrit à l'Ordre des Médecins.

C'est une garantie accessible 24h/24, 7j/7, partout dans le monde, réservée aux bénéficiaires Uniprévoyance. L'entretien est protégé par le secret médical.

Avec l'accord du patient, un compte-rendu est envoyé au médecin traitant, qui reste au centre du parcours de soin. S'il le juge nécessaire, une ordonnance peut être transmise au pharmacien choisi par le patient et avec son accord, partout dans l'Union européenne. Si une situation d'urgence est détectée, le patient est orienté vers un service d'urgence.

La garantie est autorisée par la CNIL et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé et sont conservées 20 ans.

La téléconsultation ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical ou renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré.

La cotisation correspondant à cette garantie est incluse dans le taux de cotisation du contrat, le service correspondant est compris dans les charges de prestations.

## **2.2. Assistant Personnel de Santé**

L'Assistant Personnel de Santé (APS) est un service dont la vocation est d'apporter des réponses documentées aux questions des bénéficiaires sur leur santé. Le service est animé, par chat ou téléphone, par une équipe médicale pluridisciplinaire. Il est ouvert aux questions posées par les bénéficiaires sur la santé de leurs proches.

## **2.3. Les réseaux de professionnels de santé Itelis**

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

Pour profiter des avantages des réseaux Itelis :

### **Localiser le partenaire le plus proche**

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

## **3.**

### **ACCOMPAGNEMENT DANS LES MOMENTS DIFFICILES**

#### **3.1. Pour préparer son hospitalisation : Hospiway d'Itelis**

Hospiway d'Itelis est un service en ligne qui permet :

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

## **3.2. Les services d'assistance**

### **3.2.1. Pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation**

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

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

#### **Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire**

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

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

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

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

#### **Garde des enfants**

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

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

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

Nous intervenons à la demande des parents et nous ne pouvons pas être tenus pour responsables des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1e classe.

#### **Aide-ménagère à domicile**

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

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

### 3.2.2. Après l'hospitalisation ou l'immobilisation

#### **Garde malade**

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit nous en faire la demande dans les 8 jours suivant son hospitalisation.

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

#### **Soutien scolaire**

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

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

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

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

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

### 3.2.3. Assistance en cas de déplacement à plus de 50 km du domicile

Si le bénéficiaire est victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de son domicile, nous organisons et prenons en charge son rapatriement sanitaire par le moyen de transport de notre choix dès que son état de santé le permet.

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

Nous dirigeons alors le bénéficiaire :

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

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la présente garantie.

Pour ouvrir droit à nos prestations, l'atteinte corporelle grave doit être constatée par une autorité médicale.

### 3.2.4. Définitions applicables aux services d'assistance

#### **Territorialité**

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

#### **Domicile**

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

#### **Hospitalisation**

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

### **Immobilisation au domicile**

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

### **Atteinte corporelle grave**

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

### **Maladie**

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

### **Autorité médicale**

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

### **Équipe médicale**

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

### **Proche**

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

### **Membre de la famille**

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

### **3.2.5. Mise en œuvre des services d'assistance**

Nous prenons en charge les seules prestations que nous organisons. Pour la mise en place des services d'assistance, le bénéficiaire doit nous contacter au numéro figurant sur son attestation de tiers payant santé.

L'assuré sera invité à communiquer les renseignements suivants :

- prénom et nom,
- le numéro de convention d'assistance : **7204545**
- le numéro du présent contrat : **YYYY YYYY**,
- la raison sociale de son employeur.

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

Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prenons pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

---

## ANNEXE 3

### MAINTIEN DE L'ASSURANCE AU PROFIT DES ANCIENS SALARIES

L'assurance est maintenue, aux mêmes clauses et conditions, aux anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement et ayant eu pour dernier employeur l'entreprise adhérente, ainsi qu'aux ayants droit garantis du chef de salariés décédés.

#### 1. EFFET

Les demandes individuelles d'affiliation doivent être adressées à l'Institution dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail du participant ou la date d'émission du présent contrat d'adhésion pour le personnel déjà en retraite.

Dans le cas particulier du dispositif de portabilité, le délai de six mois court à compter du terme de la période de maintien des garanties.

La garantie individuelle prend effet le lendemain de la demande.

#### 2. BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires du maintien de l'assurance sont l'assuré et ses ayants droit à la date de rupture du contrat de travail.

#### 3. GARANTIES MAINTENUES

Les garanties maintenues sont celles en vigueur à la date de rupture du contrat de travail.

#### 4. COTISATION

La cotisation est fixée comme suit selon la période d'assurance considérée :

		Cotisation TTC en % PMSS REGIME GENERAL		
		Année 1	Année 2	Année 3
Régime socle	Conjoint de salarié décédé	1,73%	1,73%	1,73%
	Chômeur ou son conjoint	1,62%	2,03%	2,43%
	Invalide ou son conjoint	1,62%	2,03%	2,43%
	Pré-retraité ou son conjoint	1,62%	2,03%	2,43%
	Retraité ou son conjoint	1,62%	2,03%	2,43%
	Enfant	0,93%	0,93%	0,93%
Option (y compris socle)	Conjoint de salarié décédé	2,16%	2,16%	2,16%
	Chômeur ou son conjoint	2,02%	2,52%	3,03%
	Invalide ou son conjoint	2,02%	2,52%	3,03%

	<b>Pré-retraité ou son conjoint</b>	<b>2,02%</b>	<b>2,52%</b>	<b>3,03%</b>
	<b>Retraité ou son conjoint</b>	<b>2,02%</b>	<b>2,52%</b>	<b>3,03%</b>
	<b>Enfant</b>	<b>1,13%</b>	<b>1,13%</b>	<b>1,13%</b>
		<b>Cotisation TTC en % PMSS REGIME LOCAL</b>		
		<b>Année 1</b>	<b>Année 2</b>	<b>Année 3</b>
<b>Régime socle</b>	<b>Conjoint de salarié décédé</b>	<b>1,21%</b>	<b>1,21%</b>	<b>1,21%</b>
	<b>Chômeur ou son conjoint</b>	<b>1,13%</b>	<b>1,41%</b>	<b>1,70%</b>
	<b>Invalide ou son conjoint</b>	<b>1,13%</b>	<b>1,41%</b>	<b>1,70%</b>
	<b>Pré-retraité ou son conjoint</b>	<b>1,13%</b>	<b>1,41%</b>	<b>1,70%</b>
	<b>Retraité ou son conjoint</b>	<b>1,13%</b>	<b>1,41%</b>	<b>1,70%</b>
	<b>Enfant</b>	<b>0,64%</b>	<b>0,64%</b>	<b>0,64%</b>
<b>Option (y compris socle)</b>	<b>Conjoint de salarié décédé</b>	<b>1,64%</b>	<b>1,64%</b>	<b>1,64%</b>
	<b>Chômeur ou son conjoint</b>	<b>1,53%</b>	<b>1,90%</b>	<b>2,29%</b>
	<b>Invalide ou son conjoint</b>	<b>1,53%</b>	<b>1,90%</b>	<b>2,29%</b>
	<b>Pré-retraité ou son conjoint</b>	<b>1,53%</b>	<b>1,90%</b>	<b>2,29%</b>
	<b>Retraité ou son conjoint</b>	<b>1,53%</b>	<b>1,90%</b>	<b>2,29%</b>
	<b>Enfant</b>	<b>0,85%</b>	<b>0,85%</b>	<b>0,85%</b>

Par la suite, les taux de cotisations sont indexés selon les dispositions du paragraphe 5 « INDEXATION » ci-après.

## **5. INDEXATION**

L'évolution de la consommation médicale française étant plus rapide que celle du plafond annuel de la Sécurité sociale, qui sert de base au calcul de la cotisation, le taux de cotisation est majoré, au 1<sup>er</sup> Janvier de chaque année, dans le rapport de l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale :

- L'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux retenue est la moyenne des deux derniers taux d'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux recensés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé.
- L'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale retenue est celle constatée entre le 1<sup>er</sup> Janvier de l'exercice N-2 et le 1<sup>er</sup> Janvier de l'exercice N-1.

Les cotisations pourront également être revues en fonction des résultats techniques du périmètre de mutualisation et de tout élément de nature à modifier le risque assuré (démographie, dérive des prestations, évolution de la réglementation ou des remboursements des régimes obligatoires, etc.).

L'exercice N est l'exercice d'assurance en cours.

## **6. MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS**

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance par prélèvement automatique sur compte bancaire.

Elles sont réglées directement par le participant qui est seul responsable de leur versement.

Toutes les taxes d'assurance existantes ou établies postérieurement à la date d'effet du contrat sont versées en même temps que les cotisations.

Le paiement de la cotisation doit être effectué dans les 10 jours qui suivent leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

## **7. Défaut de paiement des cotisations**

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours de son échéance, l'Institution adresse au participant une lettre recommandée de mise en demeure. En cas de non-paiement dans un délai de trente jours à compter de cette mise en demeure, son adhésion est suspendue.

L'adhésion est résiliée à défaut de paiement dans les dix jours qui suivent le délai de trente jours précité, soit quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure.

## **8. CESSATION**

Le maintien de l'assurance cesse en tout état de cause :

- à la date du décès du participant,
- en cas de dénonciation par le participant qui peut mettre fin à son affiliation en adressant sa demande à l'Institution par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre, pour une prise d'effet de la radiation au 31 décembre suivant,
- en cas de non-paiement de la cotisation par le participant, tel que prévu au paragraphe 7 ci-dessus.

La cessation de l'assurance pour l'assuré s'applique à ses ayants droit à la même date.

## **9. Résiliation à l'initiative du participant :**

### **Le participant peut résilier :**

A l'échéance annuelle de son renouvellement, en notifiant sa résiliation avec un préavis minimum de deux mois, la date d'expédition de la notification faisant foi pour le respect du délai.

À tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de la notification de résiliation de l'entreprise adhérente.

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

Par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale d'Uniprévoyance : Service des Résiliations, 10 Rue Massue - 94307 VINCENNES Cedex

Par voie électronique à l'adresse suivante : [resiliationscollectives@uniprevoyance.fr](mailto:resiliationscollectives@uniprevoyance.fr)

## **10. ASSURANCE INDIVIDUELLE DES AYANTS DROIT DU SALARIE DECEDE**

En cas de décès d'un salarié avant résiliation du contrat d'adhésion ou de la présente annexe, les dispositions prévues au paragraphe 3 ci-dessus sont applicables à ses ayants droit, étant précisé que la demande d'adhésion doit être effectuée dans les SIX MOIS qui suivent le décès.

Le maintien de la garantie des ayants droit cesse au terme d'une période de 12 mois à compter du décès du salarié.

---

MODELE

## ANNEXE 4

### **MAINTIEN DE L'ASSURANCE** **AU PERSONNEL EN SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON** **INDEMNISE**

L'assurance est maintenue, aux mêmes clauses et conditions, aux membres du personnel relevant de la catégorie de personnel assurée dont le contrat de travail est suspendu, sans indemnisation de l'entreprise adhérente.

Si le salarié fait jouer cette possibilité, le maintien s'applique sur la base obligatoire et l'option facultative s'il y a adhéré, pour lui et, le cas échéant, son ou ses ayants droit.

#### **1. EFFET**

Les demandes individuelles d'affiliation doivent être adressées à l'Institution par l'employeur ou le salarié dans le mois suivant le départ du participant ou la date d'émission du présent contrat d'adhésion pour le personnel déjà en congé. Au-delà de ce délai de 30 jours, la demande individuelle d'affiliation prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la demande.

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la date de suspension du contrat de travail ou celle du présent contrat d'adhésion pour le personnel déjà suspendu.

#### **2. CESSATION**

Le maintien de l'assurance cesse à la fin de la suspension du contrat de travail, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat d'adhésion ou de la présente annexe.

Le maintien de l'assurance cesse également en cas de non-paiement de la cotisation par le participant en suspension de contrat de travail, tel que prévu au paragraphe 4 ci-après.

#### **3. COTISATION**

La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité.

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance par prélèvement automatique sur compte bancaire.

Elles sont réglées directement par le participant e qui est seul responsable de leur versement.

Toutes les taxes d'assurance existantes ou établies postérieurement à la date d'effet du contrat sont versées en même temps que les cotisations.

Le paiement de la cotisation doit être effectué dans les 10 jours qui suivent leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

#### **4. Défaut de paiement des cotisations**

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours de son échéance, l'Institution adresse au participant une lettre recommandée de mise en demeure. En cas de non-paiement dans un délai de trente jours à compter de cette mise en demeure, son adhésion est suspendue.

L'adhésion est résiliée à défaut de paiement dans les dix jours qui suivent le délai de trente jours précité, soit quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure.

## ANNEXE 5

### **GARANTIES COLLECTIVES PRESENTANT UN DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE DU REGIME DE SANTE DE BRANCHE**

Le régime frais de santé de branche prévoit des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité au sens de l'article L.912-1 I et IV du code de la sécurité sociale et comprend à ce titre des prestations à caractère non directement contributif.

Uniprévoyance est le gestionnaire du « fonds de solidarité Laboratoires de Biologie Médicale »

#### **1. MONTANT DES COTISATIONS AFFECTE AU FINANCEMENT DES GARANTIES COLLECTIVES PRESENTANT UN DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE**

2% des cotisations acquittées sont affectés au financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Ce prélèvement est effectué sur les cotisations hors taxes de la structure de cotisation « salarié seul » sur la base obligatoire.

#### **2. ACTIONS PRIORITAIRES DE LA BRANCHE**

Les partenaires sociaux prévoient de mettre en oeuvre une mutualisation des actions de prévention et des prestations d'action sociale, qui viennent, le cas échéant, s'ajouter à celles des organismes assureurs (notamment par une action sociale institutionnelle).

Sont définies des actions de prévention et des prestations d'action sociale dans les conditions définies par l'article R.912-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Les partenaires sociaux prévoient :

- > de mettre en place des prestations d'action sociale à titre collectif, pour les salariés, les anciens salariés ou leurs ayants droit : l'attribution suivant des critères définis par l'accord d'aides leur permettant de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux ;
- > de mettre en place des actions collectives de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale. Ces actions de prévention pourront relayer des actions prioritaires dans des domaines identifiés comme tels dans le cadre de la politique de santé, notamment des campagnes nationales d'information ou de formation, ou prévoir des actions propres à la branche et visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer
- > la prise en charge totale ou partielle de la cotisation de certaines catégories de salariés dont la situation le justifie particulièrement.

## ANNEXE REGLEMENTAIRE

**Cette annexe n'est pas un engagement contractuel mais une communication édictée par l'article 5 de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 et l'arrêté du 6 mai 2020 qui en précise les modalités d'application.**

**Informations générales relatives à l'ensemble des contrats d'assurance santé couverts par UNIPREVOYANCE.**

Ratio prestations sur cotisations HT : 86,9%

Ratio frais de gestion sur cotisations HT : 11,5 %

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

---