



**NOTICE D'INFORMATION DES CONTRATS COMPLEMENTAIRE SANTE
SOUSCRITS EN FAVEUR DE L'ENSEMBLE DES MEMBRES DU PERSONNEL PAR :
HP FRANCE CONTRAT N° 352/685533
HP CCF CONTRAT N° 352/685535**

En qualité de membre du personnel salarié de l'entreprise contractante et sous réserve que votre contrat de travail soit en vigueur, vous êtes affilié au contrat collectif souscrit par votre employeur auprès de GROUPAMA GAN Vie.

Ce contrat satisfait aux conditions exigées par les Pouvoirs publics pour répondre à la définition de « **contrat solidaire** » et de « **contrat responsable** » au sens de l'article 2 ci-après.

TITRE I – GÉNÉRALITÉS

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Ce contrat, complémentaire au régime obligatoire de protection sociale, a pour objet, dans la limite des frais réels, le versement de prestations en remboursement des frais de santé engagés par vous-même et, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat, par les membres de votre famille définis à l'article 2 ci-après. Les frais pris en compte par l'assureur sont décrits en détail à l'article 3 et aux Titres III et IV. Ils sont classés, selon leur nature (maladie, maternité, prévention, ...). Les montants de remboursements et de prestations de l'assureur sont indiqués à l'article 10.

Le contrat prévoit également des services d'assistance définis dans l'annexe intitulée « Services d'assistance » accordés par Mutuaide Assistance, étant précisé que le numéro de protocole relatif aux services accordés par Gan Assistance est K6D Groupe HP.

ARTICLE 2 – DÉFINITIONS

ACCIDENT :	Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.
AFFILIÉ :	Vous-même en tant que membre du personnel salarié de la contractante appartenant à la catégorie bénéficiaire définie à l'article 14.
AN (PAR AN) :	La mention « par an » utilisée dans le libellé des dispositions contractuelles signifie « par année civile ».
ASCENDANT(S) À CHARGE :	Vos ascendants et ceux de votre conjoint, de votre partenaire avec lequel vous avez conclu un pacte civil de solidarité ou de votre concubin, fiscalement ou socialement à votre charge.
AUXILIAIRES MÉDICAUX :	Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le régime obligatoire de protection sociale. Synonyme : Professionnel paramédical
AYANT(S) DROIT :	Pour l'application des dispositions du contrat souscrit par votre entreprise, peuvent être considérés comme ayant(s) droit, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat : votre conjoint, partenaire ou concubin et les ascendants et descendants à charge, tels que définis au présent article.
BASE DE REMBOURSEMENT (BR) :	Tarif servant de référence au régime obligatoire de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue : <ul style="list-style-type: none">- le tarif de convention lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie et les représentants de cette profession.- le tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.- le tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux. Synonymes : Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), Base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire Dans le cadre du contrat souscrit par votre entreprise, lorsque vous-même ou l'un de vos ayants droit vous adressez à un établissement ou praticien non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire, l'assureur calculera son remboursement complémentaire après reconstitution de la base de remboursement du régime obligatoire de protection sociale et des prestations en nature versées par ce régime, sur la base du tarif de convention défini ci-dessus.
CHIRURGIE AMBULATOIRE :	Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé (hôpital, clinique), le patient arrivant et repartant le même jour. Synonyme : Chirurgie de jour
CHIRURGIE RÉFRACTIVE :	Désigne les différentes techniques chirurgicales (telles notamment l'opération de la myopie au laser, la kératotomie radiaire) qui permettent de corriger les défauts visuels. Le régime obligatoire de protection sociale ne prend pas en charge ces opérations. Synonyme : Traitement des corrections visuelles par chirurgie
CONCUBINAGE :	Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

CONCUBIN :

Personne avec laquelle vous vivez en concubinage, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où :

- vous et votre concubin partagez le même domicile et êtes libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que vous êtes chacun célibataire, veuf, divorcé et n'êtes pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité – PACS avec une autre personne),
- une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et indiquant votre numéro de Sécurité sociale et le cas échéant celui de votre concubin est adressée à l'assureur.

En cas de concubins multiples, seul le concubin qui justifiera de la qualité d'ayant droit au regard du régime obligatoire de protection sociale en vertu du premier alinéa de l'article L.161-14 du code de la Sécurité sociale, ou le plus âgé, sera retenu.

Si vous vous mariez ou concluez un PACS, votre concubin ne peut plus être considéré comme ayant droit.

CONJOINT :

Votre conjoint non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle.

CONTRACTANTE :

Personne morale qui souscrit le contrat et s'engage aux obligations correspondantes.

CONTRAT « RESPONSABLE ET SOLIDAIRE » :

La loi qualifie une Complémentaire santé de « solidaire » lorsque s'agissant d'un contrat d'assurance de groupe, l'organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts.

La loi qualifie une Complémentaire santé de « responsable » au sens de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et des textes publiés ultérieurement par les Pouvoirs publics pour l'application dudit article, lorsqu'elle encourage le respect du parcours de soins coordonnés (le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant par l'assuré social et par chacun de ses ayants droit âgés de 16 ans ou plus et qui est désigné par chacun des intéressés à la caisse d'assurance maladie dont il relève).

Les Complémentaires santé « responsables » doivent prévoir, conformément aux dispositions prévues à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale, des niveaux minimum de remboursement en ce qui concerne :

- les frais de consultations du médecin traitant ou du médecin correspondant dans le cadre du parcours de soins,
- les médicaments remboursables à 65 % par le régime obligatoire de protection sociale [ou à 90 % par le régime local d'assurance maladie d'Alsace Moselle pour les assurés sociaux et leurs ayants qui bénéficient des prestations en nature de ce régime obligatoire] (médicaments à vignettes blanches),
- les frais et actes de biologie médicale prescrits par le médecin traitant ou correspondant,
- les frais et actes concernant au moins deux des prestations de prévention dont le service est considéré comme prioritaire au regard des objectifs de santé publique définis par l'État et actuellement fixées par arrêté du 8 juin 2006.

Ces montants minimum de remboursement sont précisés à l'article 4 ci-après.

En revanche, les complémentaires santé « responsables » ne remboursent pas, ainsi que rappelé à l'article 4 ci-après :

- les dépassements d'honoraires et majorations du ticket modérateur appliqués à titre de sanction en cas de non respect du parcours de soins coordonnés ainsi que prévu à l'article R.871-1 du code la Sécurité sociale.
- la participation forfaitaire, telle que définie ci-après, applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale et actuellement fixée à 1 euro.
- les franchises telles que définies ci-après, applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.

DEVIS ÉTABLIS PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ :

Document établi par les professionnels de santé, présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

ENFANT À CHARGE :

Votre **enfant** ou celui de votre conjoint, partenaire ou concubin :

- âgé de moins de 21 ans et bénéficiant du régime obligatoire de protection sociale de votre chef ou de celui de votre conjoint, partenaire ou concubin,
- âgé de moins de 28 ans :
 - ⇒ poursuivant ses études et inscrit au régime de la Sécurité sociale des Étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU).
 - ⇒ étudiant de l'enseignement secondaire ou supérieur, affilié à un régime de Sécurité sociale autre que la Sécurité sociale des étudiants ou le régime général au titre de la CMU, sous réserve qu'il n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée pendant plus de trois mois à temps plein par an,
 - ⇒ en formation en alternance, rémunéré par son école ou effectuant un stage rémunéré en entreprise dans le cadre de sa scolarité, se trouvant sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le code du travail ou sous contrat de qualification ou d'orientation, sous réserve que sa rémunération n'excède pas 100 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance – SMIC,
 - ⇒ à la recherche d'un premier emploi, justifiant d'une inscription au Pôle Emploi en tant que primo-demandeur d'emploi, sous réserve qu'il soit inscrit au régime général de la Sécurité sociale et qu'il ne bénéficie pas d'une indemnisation au titre de l'assurance chômage.

L'enfant âgé de moins de 28 ans est considéré à charge tant qu'il remplit une des conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement (emploi saisonnier,...) ou accessoirement (petit travail d'appoint,...) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité.

- quel que soit son âge, s'il perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés.

Tout **autre descendant** de vous-même, de votre conjoint, partenaire ou concubin, à votre charge fiscale ou sociale, est également pris en considération et ce tant que lui-même et son père ou sa mère :

- répondent aux conditions prévues ci-dessus,
- sont à votre charge fiscale ou sociale.

FORFAIT « 18 EUROS » :

Participation forfaitaire à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif ou le coefficient (multiplicateur utilisé par le régime obligatoire de protection sociale pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à une certaine valeur fixée par l'État. Ainsi en 2013 :

- le montant de cette participation est de 18 euros ainsi qu'il résulte du décret n° 2006-707 du 19 juin 2006,
- cette participation concerne les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60 ainsi que prévu par décret n° 2011-201 du 21 février 2011.

Certains actes ne sont pas concernés par ce forfait (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une Affection de Longue Durée...).

Ce forfait est remboursé par le régime local d'assurance maladie d'Alsace Moselle pour les assurés sociaux et leurs ayants droit qui en bénéficient.

Synonyme : Participation forfaitaire de 18 euros

Dans le cadre du contrat souscrit par votre entreprise, lorsqu'elle est laissée à la charge des assurés par le régime obligatoire de protection sociale, cette participation forfaitaire est remboursée par l'assureur dans les limites de montant de prestation applicables aux actes et frais considérés prévues à l'article 10.

FRAIS RÉELS :

Ce terme désigne :

- soit le montant des dépenses effectivement engagées par le bénéficiaire des soins pour ses prestations de santé. Dans ce cas, ce terme est alors synonyme de « dépenses réelles »,
- soit les conditions de remboursement de certains frais ou actes par l'assureur au titre du contrat. souscrit par votre entreprise. Lorsque pour certaines garanties, le contrat prévoit une prise en charge aux frais réels, l'assureur calcule le montant de sa prestation en fonction du montant des frais réellement engagés pour les frais ou actes considérés et du montant des prestations en nature servies à ce titre par le régime obligatoire de protection sociale. Toutefois, pour déterminer le montant de la prestation qu'il doit effectivement verser, l'assureur tiendra également compte de l'application éventuelle de franchises, participations forfaitaires d'1 euro ainsi qu'en cas de non respect du parcours de soins coordonnés, de l'application éventuelle de dépassements d'honoraires pratiqués à ce titre par certains professionnels de santé et/ou majorations de ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le régime obligatoire de protection sociale et que la législation sur les complémentaires santé « responsables » lui interdit de prendre en charge.

FRANCHISE PRATIQUÉE PAR LES REGIMES OBLIGATOIRES DE PROTECTION SOCIALE :

Somme déduite des remboursements effectués par le régime obligatoire de protection sociale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires ainsi que prévu au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale. Le montant des franchises supportées au cours d'une même année civile, par le bénéficiaire des soins, au titre de l'ensemble des actes et prestations indiqués ci-dessus, est plafonné. De même, le montant des franchises applicables au cours d'une même journée pour un même bénéficiaire est également plafonné en ce qui concerne les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

En 2013 et conformément aux dispositions du décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 :

- le montant de cette franchise est fixé à :
 - 0,50 euro par boîte de médicaments,
 - 0,50 euro par acte paramédical,
 - 2 euros par trajet pour les transports sanitaires,
- avec un plafond annuel fixé à 50 euros par année civile,
- et un plafond journalier fixé à :
 - 2 euros par jour pour les actes paramédicaux,
 - 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes sont exonérées de ces franchises : les ayants droit âgés de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU-Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'État et les femmes enceintes pendant toute la durée de leur grossesse.

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé « responsables ».

Voir également : Contrat « responsable et solidaire »

HOSPITALISATION :

Séjour dans un établissement de santé (public ou privé) en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

IMPLANTOLOGIE DENTAIRE :

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est ensuite fixée une prothèse. L'implantologie n'est pas remboursée par le régime obligatoire de protection sociale.

INLAYS ET ONLAYS :

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante.

Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (métalliques, en composite ou en céramique).

MALADIE :

Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

MATERNITÉ :

Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.

MÉDECIN TRAITANT :

Médecin généraliste ou spécialiste choisi par l'assuré social ou par chaque ayant droit âgé de 16 ans ou plus, dont le nom est communiqué à l'organisme gestionnaire du régime obligatoire de protection sociale de chacun des intéressés. Il assure le premier niveau de recours aux soins en prenant directement en charge les soins courants du patient ainsi qu'une prévention personnalisée. Dans le cadre du parcours de soins, il coordonne les soins et oriente, si besoin est, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient également à jour le dossier médical du patient.

Voir également : Médecin correspondant, Médecin à accès direct autorisé, Parcours de soins coordonnés

MÉDECIN CORRESPONDANT :	Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant. Il garantit le second niveau de recours au système de soins, notamment l'accès aux soins les plus spécialisés en répondant aux sollicitations du médecin traitant et en recevant les patients qui lui sont adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé.
MÉDECIN À ACCÈS DIRECT AUTORISÉ :	Pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins coordonnés.
NOMENCLATURE :	<p>Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Actes réalisés par les chirurgiens dentistes, sages femmes et auxiliaires médicaux et Actes cliniques des médecins (consultations, visites) : Nomenclature Générale des Actes Professionnels,• Actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...) : Classification Commune des Actes Médicaux,• Actes de biologie médicale : Nomenclature des Actes de Biologie Médicale,• Biens médicaux hors médicaments (appareillage...) : Liste des Produits et Prestations,• Soins hospitaliers : les Groupes Homogènes de Séjours.
ORTHODONTIE :	Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.
PACTE CIVIL DE SOLIDARITE - PACS :	Un Pacte Civil de Solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil).
PARTENAIRE :	Personne avec laquelle vous êtes lié par un PACS, exerçant ou non une activité professionnelle.
PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS :	<p>Circuit que les patients doivent respecter (hors hospitalisation) pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement, sans application de sanctions. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire de protection sociale âgés de plus de 16 ans. Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui :</p> <ul style="list-style-type: none">• consulte en premier lieu le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du régime obligatoire de protection sociale dont il bénéficie (ou son remplaçant)• consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant » auquel il a été adressé par son médecin traitant. <p>Un patient est considéré comme étant toujours dans le parcours de soins, lorsque se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique de son lieu de résidence habituelle, ainsi que prévu à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale, il consulte un autre médecin que son médecin traitant.</p> <p>Lorsqu'un patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés, le remboursement du régime obligatoire de protection sociale est alors diminué à titre de sanction. Cette différence n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».</p> <p>Voir également : Médecin traitant, Médecin correspondant, Médecin à accès direct autorisé, Contrat « responsable et solidaire »</p>
PARODONTOLOGIE :	<p>Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...). Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que :</p> <ul style="list-style-type: none">• l'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse,• l'élimination des causes d'infection (détartrage des racines...),• le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits,• le contrôle périodique du patient. <p>Le régime obligatoire de protection sociale ne rembourse qu'une partie de ces traitements.</p>
PARTICIPATION FORFAITAIRE (D'UN EURO) :	<p>Participation forfaitaire laissée à la charge du patient pour chaque acte ou consultation pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale et réalisé par un médecin (y compris les actes de radiologie mais à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale, ainsi que prévu au II de l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale.</p> <p>Cette participation forfaitaire est due par tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire de protection sociale à l'exception des ayants droit âgés de moins de 18 ans, des femmes enceintes à partir du 6^{ème} mois de grossesse et des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire ou de l'Aide Médicale de l'État.</p> <p>Le nombre de participations forfaitaires laissées à la charge du bénéficiaire des soins est plafonné par année civile. De même lorsque pour un même bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires laissées à ce titre à la charge de l'intéressé est plafonné.</p> <p>Ainsi, en 2013 :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ le montant de cette participation forfaitaire est fixé à 1 euro (cf. article R.322-9-2 du code de la Sécurité sociale résultant du décret n° 2004-1490 du 30 décembre 2004),➤ lorsque pour un même bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires laissées à ce titre à la charge de l'intéressé est plafonné à 4 (cf. article D.322-4 du code de la Sécurité sociale modifié par décret n° 2007-1166 du 1^{er} août 2007),➤ le nombre de participations forfaitaires laissées à la charge du bénéficiaire des soins est plafonné à 50 par année civile (cf. article D.322-2 du code de la Sécurité sociale résultant du décret n° 2004-1453 du 23 décembre 2004). <p>La participation forfaitaire ci-dessus n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».</p> <p>Voir également : Contrat responsable et solidaire</p>



RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE :

Régime obligatoire de Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés, et éventuellement le régime de Sécurité sociale des Travailleurs non salariés ou le régime de la Sécurité sociale des étudiants ou tout autre régime de Sécurité sociale pour votre conjoint, partenaire ou concubin et pour les enfants à charge.

SOINS DE VILLE :

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

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont généralement considérées comme des soins de ville.

Synonymes : Soins ambulatoires, Soins externes, Médecine de ville, Médecine ambulatoire, Médecine de premier niveau, Soins primaires, Frais ou soins médicaux courants

TICKET MODÉRATEUR :

Somme, telle que définie au I de l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale, restant à la charge de l'assuré égale à la différence entre la base de remboursement retenue par le régime obligatoire de protection sociale et le montant du remboursement dû par ce régime (avant application sur ce montant de la participation forfaitaire ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accidents du travail...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

La participation forfaitaire, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces sommes étant laissées à la charge de l'assuré par le régime obligatoire de protection sociale.

Voir également : Participation forfaitaire (d'un euro), Franchise

Lorsque la personne assurée s'adresse à un praticien ou à un établissement non conventionné avec le régime obligatoire de protection sociale, ce régime calcule son remboursement sur la base de son tarif d'autorité. Dans ce cas, dans le cadre du contrat souscrit par votre entreprise, le ticket modérateur sera alors rétabli par l'assureur sur la base du tarif de convention.

TIERS PAYANT :

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le régime obligatoire de protection sociale et/ou les assureurs complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Synonyme : Dispense d'avance des frais

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat (qu'il s'agisse de vous-même et/ou de vos ayants droit inscrits au contrat) à mieux comprendre les garanties dont vous bénéficiez au titre du contrat complémentaire santé souscrit par votre entreprise. Toutefois, si vous-même et/ou vos ayants droit inscrits au contrat souhaitez obtenir des informations complémentaires, les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats complémentaire santé et notamment un glossaire définissant de façon détaillée les soins et prestations effectués par les professionnels de santé, les conditions et modalités de remboursement éventuel de ces soins et prestations par les régimes obligatoires de protection sociale et/ou par les complémentaires santé. Ces documents peuvent être librement consultés sur le site Internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante : <http://www.unocam.fr>

TITRE II – REMBOURSEMENTS DES FRAIS MALADIE – MATERNITÉ – PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN

ARTICLE 3 – NATURE DES REMBOURSEMENTS

L'assureur rembourse les frais de santé engagés en France ou dans l'un des autres pays membres de l'Union européenne sous réserve que ces frais soient pris en charge par un régime obligatoire de protection sociale en application des dispositions de la législation sociale française ou selon les dispositions de la législation et les formalités en vigueur dans le pays où les frais ont été engagés.

Ouvrent également droit à remboursement par l'assureur au titre du contrat souscrit par votre entreprise, les frais de santé engagés dans les pays (autres que ceux visés ci-dessus) pour lesquels le régime obligatoire de protection sociale français accepte d'accorder des prestations en application d'une convention de Sécurité sociale conclue entre la France et le pays tiers concerné.

Les actes pris en compte par l'assureur sont définis ci-après par référence aux nomenclatures de la Sécurité sociale française.

1. ASSURANCE MALADIE

L'assureur rembourse les frais donnant lieu à prestation en nature de la part du régime obligatoire de protection sociale au titre de l'**assurance Maladie**.

Les actes et frais pris en compte par l'assureur sont les suivants :

A – Médecine générale – Spécialités – Analyses médicales – Orthopédie – Prothèses non dentaires

- Consultations médicales et visites médicales du généraliste ou du spécialiste.
- Actes de pratique médicale courante.
- Actes d'auxiliaires médicaux.
- Frais de déplacement du médecin.
- Frais de garde-malade pour soins à domicile, sur prescription médicale.
- Frais d'analyses médicales, travaux de laboratoires.
- Frais de prothèses (hors prothèses dentaires), d'orthopédie (y compris renouvellement, réparations, frais d'expédition du matériel et frais de déplacement de l'intéressé).
- Actes de radiologie, de neuropsychiatrie.

- Actes de petite chirurgie, à l'exception des actes dispensés dans le cadre d'une hospitalisation et de ceux qui concernent le traitement des traumatismes.
- Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (ambulance, VSL -Véhicule Sanitaire Léger-, taxi agréé).

B – Pharmacie

- Frais pharmaceutiques prescrits médicalement et pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale.

C – Optique

- Frais de verres, monture et de lentilles pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale.

D – Dentaire

- Frais de soins dentaires et de prothèses dentaires pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale.
- Frais d'orthodontie acceptés par le régime obligatoire de protection sociale.

E – Hospitalisation médicale – Hospitalisation chirurgicale – Actes et Frais de chirurgie

I – Hospitalisation médicale

- Frais de séjour, y compris dans un sanatorium, préventorium, centre de rééducation fonctionnelle ou établissement psychiatrique, dans lequel le séjour est motivé par un traitement curatif et maison d'enfants à caractère sanitaire.
- Frais de séjour en établissement de repos agréé par le régime obligatoire de protection sociale s'il débute dans les 30 jours suivant l'hospitalisation garantie.
- Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (ambulance, VSL -Véhicule Sanitaire Léger-, taxi agréé).

II – Hospitalisation chirurgicale – Actes et frais de chirurgie

- Frais de séjour.
- Honoraires des praticiens.
- Frais de séjour en établissement de repos agréé par le régime obligatoire de protection sociale s'il débute dans les 30 jours suivant l'hospitalisation garantie.
- Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (ambulance, VSL -Véhicule Sanitaire Léger-, taxi agréé).

Sont également pris en charge les actes ou frais énumérés ci-après :

- le forfait journalier hospitalier. La prise en charge de ce forfait se fait, en tout état de cause, par référence au(x) texte(s) en vigueur fixant le (ou les) montant(s) de ce forfait journalier hospitalier,
- les frais de chambre particulière. Les frais de chambre particulière en chirurgie ambulatoire sont également pris en charge par l'assureur, cette prise en charge s'effectuant dans les mêmes limites de montant de prestation que celles prévues au contrat pour les frais de chambre particulière engagés lors d'une hospitalisation comportant au moins une nuitée,
- les frais d'accompagnant d'une personne à charge au sens du contrat (vous-même et/ou votre ayant droit) hospitalisée. Les frais pris en compte comprennent, quelle que soit la qualité de l'accompagnant, les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) facturés par l'établissement hospitalier. Sont également pris en charge à ce titre par l'assureur les frais d'hébergement et de nourriture engagés dans les « maisons de parents »,
- les consultations diététiques non prises en charge par le régime obligatoire de protection sociale,
- les consultations de psychologie et psychomotricité infantile,
- les actes ou frais d'ostéopathie, d'étiopathie, de microkynésithérapie et de chiropraxie (y compris les actes hors nomenclature pratiqués dans le cadre de la **méthode MÉZIÈRES**) et les frais d'acupuncture non pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale, lorsque les actes considérés et le praticien qui les a effectués satisfont aux conditions définies par les dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur,
- les appareils auditifs non pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale,
- les frais supplémentaires de traitements particuliers des verres,
- les lentilles correctrices non prises en charge par le régime obligatoire de protection sociale (y compris les frais d'adaptation médicale de lentilles),
- la chirurgie réfractive non prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale,
- les actes d'orthodontie non pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale,
- les frais d'implantologie et de parodontologie non pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale.

2. ASSURANCE MATERNITÉ

En ce qui concerne les frais remboursés par le régime obligatoire de protection sociale au titre de l'**assurance Maternité**, l'assureur prend en charge **dans les limites contractuelles** définies à l'article 4 et à l'article 10 :

- **l'ensemble des frais non relatifs à la maternité (frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse médicale, d'hospitalisation, d'examens de laboratoires, d'appareils, d'optique et dentaires) ;**
- **les frais relatifs à la maternité (y compris les honoraires du praticien, les frais de séjour et les frais de chambre particulière en cas d'hospitalisation relative à la maternité).**

En outre, les frais de procréation médicale assistée (Fécondation in vitro – Insémination artificielle – Injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes,...) sont également être pris en charge au titre du contrat.

Une indemnité forfaitaire de naissance est également versée, dans les conditions prévues à l'article 7 ci-après.

3. PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN

L'assureur prend en charge dans les conditions figurant à l'article 10, les actes de prévention ouvrant droit à remboursement de la part du régime obligatoire de protection sociale.

De plus, sont également pris en charge, dans les conditions définies à l'article 10 :

- le sevrage tabagique pour les traitements ouvrant droit à remboursement de la part du régime obligatoire de protection sociale,
- les frais de vaccin contre la grippe prescrits médicalement, mais non pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale,
- les frais d'ostéodensitométrie osseuse non pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale.

ARTICLE 4 – MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Le remboursement des frais et actes énumérés à l'article 3 - Nature des remboursements - est déterminé, **acte par acte**, par l'assureur et **dans la limite des frais réellement engagés**. Le montant des remboursements de l'assureur est indiqué à l'article 10 ci-après.

Il est précisé que pour les frais engagés à l'étranger, les remboursements de l'assureur sont déterminés et limités à la prestation qui aurait été due par l'assureur après intervention directe du régime obligatoire de protection sociale français.

Pour les frais d'optique et dentaires, vous-même ou vos ayants droit pouvez vous adresser à un opticien ou un chirurgien dentiste ayant passé un accord avec l'assureur. **Cela étant, vous-même et vos ayants droit inscrits au contrat demeurez totalement libres de vous adresser aux professionnels de santé de votre choix**. Les coordonnées des opticiens et chirurgiens dentistes ayant passé un accord avec l'assureur sont communiquées sur simple appel au numéro de téléphone qui vous est indiqué sur les documents qui vous sont communiqués par l'assureur.

Dispositions spécifiques concernant les frais pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale au titre de son assurance

Maternité : Les limites et montants de remboursements prévus au contrat sont applicables indistinctement par l'assureur pour déterminer le montant des prestations complémentaires qu'il doit, que les frais aient été pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance Maladie ou de l'assurance Maternité.

Montants minimum de remboursements : Afin de respecter l'un des critères définissant la notion de « contrat responsable », les actes définis ci-après sont pris en charge au titre du contrat **au minimum à hauteur d'un pourcentage de la base de remboursement** retenue par le régime obligatoire de protection sociale (remboursement du régime obligatoire de protection sociale compris), fixé à :

- Frais de consultations médicales du médecin traitant et/ou des médecins correspondants : **100 %**.
- Médicaments visés au 2° de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale (médicaments à « vignette blanche ») et frais d'analyses médicales ou de laboratoire prescrits par le médecin traitant ou correspondant : **95 %**.
- Actes de prévention ou de dépistage actuellement fixés par arrêté du 8 juin 2006 en fonction des objectifs de santé publique : **100 %**.

Limites du montant des remboursements :

⇒ **Limites liées au caractère « responsable » du contrat :**

- La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale et définie à l'article 2 ci-avant, ne sera en aucun cas prise en charge par l'assureur.
- Les franchises pratiquées par le régime obligatoire de protection sociale prévues au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale et définies à l'article 2 ci-avant ne seront en aucun cas prises en charge par l'assureur.
- Lorsque vous-même ou l'un de vos ayants droit âgé de 16 ans ou plus :
 - n'avez pas choisi de médecin traitant
 - ou
 - consultez un médecin hors parcours de soins,
 - ou encore
 - refusez, lors d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation, de donner au(x) professionnel(s) de santé au(x)quel(s) vous avez recours, l'autorisation (lorsque cette disposition entrera en vigueur) d'accéder à votre dossier médical personnel et de le compléter,la participation mentionnée au I de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale et laissée à votre charge ou à celle de votre ayant droit par le Régime obligatoire de protection sociale (ticket modérateur) est majorée. Cette majoration ne sera en aucun cas prise en charge par l'assureur.
- Lorsque vous-même ou l'un de vos ayants droit âgé de 16 ans ou plus consultez hors parcours de soins un médecin spécialiste qui, dans ce cadre, applique une majoration autorisée par rapport au tarif retenu par le régime obligatoire de protection sociale pour effectuer son remboursement, l'assureur tiendra compte pour le calcul de sa prestation, de la part de cette majoration devant rester à votre charge ou à celle de votre ayant droit.

⇒ **Autres limites :**

- En ce qui concerne les actes pour lesquels les dépassements d'honoraire ne sont pas autorisés, l'assureur établit son remboursement sur la base du tarif retenu par le régime obligatoire de protection sociale pour calculer ses prestations.
- En aucun cas l'assureur ne peut prendre en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration au régime obligatoire de protection sociale.
- La prestation de l'assureur pour les actes médicaux et d'hospitalisation engagés lors d'une cure thermale prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale est limitée au montant du ticket modérateur.
- En ce qui concerne les frais d'optique, l'intervention de l'assureur est en tout état de cause, limitée au remboursement de 2 verres maximum par an et par personne assurée âgée de 18 ans et plus.

Assurances cumulatives :

Les remboursements du régime obligatoire de protection sociale, de l'assureur et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés. Les garanties cumulatives produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous ou votre ayant droit pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, VOUS DEVEZ FAIRE LA DÉCLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DE L'AFFILIATION AU CONTRAT.

La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'assureur pour chaque poste ou acte garanti.

Subrogation :

Il est stipulé que l'assureur ne renonce pas aux droits et actions qu'il détient en vertu de l'article L.121-12 du code des assurances relatif au recours subrogatoire qu'il peut exercer envers le tiers responsable.

Lorsque vous êtes victime d'un accident de la circulation (impliquant un véhicule automobile), vous devez, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident qui vous sollicite, le nom de votre assureur complémentaire santé en tant que tiers payeur.

ARTICLE 5 – RISQUES EXCLUS

Seuls sont exclus de l'assurance dans le cadre des garanties souscrites, les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature du régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance Maladie ou de l'assurance Maternité. Toutefois, sur mention spéciale figurant à l'article 10, certains frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature du régime obligatoire de protection sociale peuvent être pris en charge par l'assureur.

Les frais ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge, sauf mention spéciale figurant à l'article 10.

Les prothèses dentaires provisoires ne sont jamais prises en charge par l'assureur.

ARTICLE 6 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Sauf dans le cas où l'assureur reçoit directement l'image des décomptes du régime obligatoire de protection sociale à la suite d'une télétransmission par l'organisme gestionnaire dudit régime, le remboursement de l'assureur intervient sur présentation des bordereaux du régime obligatoire de protection sociale, auxquels vous ou votre ayant droit devez joindre une pièce justificative du montant des frais réels lorsqu'ils ne sont pas indiqués sur le bordereau délivré par ce régime ou lorsque celui-ci n'intervient pas.

Il est notamment précisé que pour les actes ou frais refusés ou non pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale mais garantis au titre du contrat, le remboursement de l'assureur est subordonné à la présentation de factures détaillées et de pièces justificatives complémentaires, notamment les prescriptions médicales.

Toutefois, pour les actes et traitements dentaires à honoraires libres (les prothèses dentaires et l'orthodontie) ainsi que pour les actes et traitements dentaires non pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale (l'implantologie, la parodontologie,...), le remboursement de l'assureur est en tout état de cause subordonné à la fourniture :

- d'un devis préalable au traitement,
- et de la note d'honoraires détaillée suite au traitement.

En ce qui concerne le remboursement :

- des consultations diététiques non prises en charge par le régime obligatoire de protection sociale car effectuées par des diététiciens non médecins,
- des consultations de psychologues non prises en charge par le régime obligatoire de protection sociale,
- des actes ou frais d'acupuncture, d'ostéopathie, d'étiopathie, de microkynésithérapie et de chiropraxie (y compris les actes hors nomenclature pratiqués dans le cadre de la méthode MÉZLIÈRES) non pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale (à condition toutefois que les actes considérés et le praticien qui les a effectués satisfassent aux conditions définies par les dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur),

l'intervention de l'assureur est subordonnée à la fourniture d'une facture acquittée établie sur papier à en-tête, indiquant les coordonnées du diététicien consulté ou du praticien qui a effectué les actes, permettant ainsi de vérifier sa qualité.

En outre, pour les consultations diététiques non prises en charge par le régime obligatoire de protection sociale car effectuées par des diététiciens non médecins, la prise en charge de l'assureur est subordonnée à la fourniture d'une ordonnance d'un médecin orientant l'assuré vers ce diététicien.

Les actes de psychomotricien effectués en cabinet libéral pris en charge par l'assureur, pour les enfants à charge au sens du contrat, doivent avoir fait l'objet d'une prescription médicale et être accompagnés d'une facture mentionnant la qualité du psychomotricien.

L'assureur se réserve la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales pour les frais dentaires, ou de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires.

Toute pièce justificative complémentaire à caractère médical réclamée par le médecin ou le chirurgien-dentiste conseil de l'assureur préalablement à la mise en jeu des garanties devra lui être adressée par l'affilié ou ayant droit sous pli confidentiel.

Si vous-même ou l'un de vos ayants droit bénéficiaire de traitements ou actes dentaires refusez de transmettre au chirurgien-dentiste conseil de l'assureur les justificatifs qu'il réclame ou refusez de vous soumettre à l'expertise médicale demandée par l'assureur, celui-ci pourra refuser la mise en jeu de la garantie et le versement de ses prestations en remboursement des frais considérés.

En cas de récupération de la part du régime obligatoire de protection sociale, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'assureur se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées à vous-même ou à votre ayant droit, au titre du contrat.

Les demandes de remboursement doivent être présentées à l'assureur dans un délai de trois mois suivant les soins ou la date de la facture d'hospitalisation ou à la fin de chaque période de trois mois pour les maladies de longue durée.

Les prestations dues par l'assureur au titre du contrat sont payables en France et en euros.

Si, intentionnellement, vous ou votre ayant droit fournissez de faux renseignements ou usez de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, vous perdez tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

TITRE III – AUTRES INDEMNITÉS

ARTICLE 7 – NAISSANCE

En cas de naissance d'un de vos enfants, l'assureur verse une indemnité forfaitaire sur présentation de l'acte de naissance de l'enfant. Le montant de cette indemnité est fixé à l'article 10, en pourcentage du salaire plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur à la date de la naissance.

ARTICLE 8 – ADOPTION

Une indemnité forfaitaire vous est versée en cas d'adoption d'enfant(s) par vous-même, sur présentation du jugement d'adoption de cet(s) enfant(s). Le montant de cette indemnité est fixé à l'article 10, en pourcentage du salaire plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur à la date de l'adoption.

ARTICLE 9 – CURE THERMALE

Pour chaque cure thermale prise en charge ou non par le régime obligatoire de protection sociale, l'assureur verse une indemnité sur présentation de justificatifs de frais restant à votre charge ou à celle de vos ayants droit inscrits au contrat, après remboursement du régime obligatoire de protection sociale et, le cas échéant, de l'assureur au titre du TITRE II ci-avant.

Cette indemnité est limitée, en tout état de cause, au montant de ces frais demeurant à charge, avec un maximum fixé à l'article 10.

Il est précisé qu'une seule cure thermale médicalement prescrite, non prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale sera prise en considération par l'assureur, par an et par personne assurée.

Une copie de la prescription médicale devra dans ce cas être fournie à l'assureur.

TITRE IV – MONTANT DES PRESTATIONS

ARTICLE 10 – TABLEAU DES GARANTIES

Les prestations versées par l'assureur indiquées dans le tableau ci-après sont exprimées en complément des remboursements du régime obligatoire de protection sociale. Elles n'intègrent donc pas les remboursements du régime obligatoire de protection sociale et s'ajoutent à ceux-ci.

Si vous exercez votre activité professionnelle dans votre entreprise en tant qu'impatrié, inscrit au régime obligatoire de protection sociale mais ne bénéficiant pas des prestations en nature dudit organisme, les remboursements du régime obligatoire de protection sociale seront également pris en charge par l'assureur tant que ledit régime n'intervient pas et en tout état de cause pendant une période maximale de 3 mois après la date d'arrivée en France. **En cas d'intervention du régime obligatoire de protection sociale français, toute somme qui vous est indûment versée devra être remboursée à l'assureur.**

Les prestations versées, cumulées à celles du régime obligatoire de protection sociale, sont limitées en tout état de cause aux frais réellement engagés par vous-même ou par votre ayant droit.

Les conditions de remboursement et de limites, exposées aux Titres I et II ci-avant sont applicables dans les décomptes des prestations dues par l'assureur.

SIGNIFICATION DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES PAR L'ASSUREUR DANS LE TABLEAU CI-APRÈS

BR : Base de remboursement telle que définie à l'article 2 retenue par le régime obligatoire de protection sociale, reconstituée sur la base du tarif de convention défini à l'article précité lorsque vous-même ou votre ayant droit vous adressez à un établissement ou praticien non conventionné avec l'assurance Maladie.

FR : Frais réellement engagés sous déduction du remboursement du régime obligatoire de protection sociale.

Si vous êtes impatrié, par « FR » il faut entendre les frais réellement engagés par vous-même et par vos ayants droit inscrits au contrat.

PMSS : Salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur lors de l'événement ouvrant droit aux prestations. Le montant du PMSS est fixé depuis le 1^{er} janvier 2013 à **3.086 euros par mois**. Le montant du PMSS peut être consulté sur le site de la Sécurité sociale www.securite-sociale.fr, Rubrique La Sécurité sociale en chiffres – Principaux barèmes.

RO : Régime obligatoire de protection sociale.

TM : Ticket modérateur, reconstitué par l'assureur sur la base du tarif de convention lorsque vous-même ou votre ayant droit vous adressez à un établissement ou praticien non conventionné avec l'assurance Maladie, tel que défini à l'article 2.

DÉSIGNATION DES ACTES	PRESTATIONS	
	PRATICIEN OU ÉTABLISSEMENT	
① ASSURANCE MALADIE ET MATERNITÉ	CONVENTIONNÉ 100 % FR LIMITÉS À :	NON CONVENTIONNÉ 90 % FR LIMITÉS À :
A) Médecine générale – Spécialités – Analyses – Orthopédie – Prothèses non dentaires <ul style="list-style-type: none"> • Consultations et visites de généraliste • Consultations et visites de spécialiste • Actes de pratique médicale courante – Actes de petite chirurgie • Biologie – Frais d'analyses – Travaux de laboratoire • Électroradiologie – Radiologie ionisante ou non • Kinésithérapeutes – Infirmiers – Autres auxiliaires médicaux • Consultations de diététiciens prises en charge par le RO • Consultations de diététiciens non prises en charge par le RO • Consultations de psychologie et/ou psychomotricité infantile • Ostéopathie, Étiopathie, Microkynésithérapie et Chiropraxie réalisées par un médecin ou un kinésithérapeute (y compris les actes hors nomenclature pratiqués dans le cadre de la méthode MÉZIÈRES) – Acupuncture • Frais de prothèses médicales – Frais d'orthopédie • Frais de prothèses auditives prises en charge ou non par le RO • Frais de transport en véhicule sanitaire (y compris taxi prescrit et pris en charge par le RO) • Actes médicaux en cas de cure thermale prise en charge par le RO 	300 % de la BR 400 % de la BR 400 % de la BR 400 % de la BR 400 % de la BR 400 % de la BR 400 % de la BR 30 €, par consultation dans la limite de 4 consultations par an et par personne assurée 100 % FR limités à 22 % PMSS soit 678,92 € en 2013 par an et par enfant à charge 100 % FR limités à 250 € par an et par personne assurée 100 % FR limités à 500 % de la BR 100 % FR limités à 50 % PMSS soit 1543,00 € en 2013 par oreille 100 % FR limités à 400 % de la BR 100 % du TM	300 % de la BR 400 % de la BR 400 % de la BR 400 % de la BR 400 % de la BR 400 % de la BR 400 % de la BR 30 €, par consultation dans la limite de 4 consultations par an et par personne assurée 100 % FR limités à 22 % PMSS soit 678,92 € en 2013 par an et par enfant à charge 100 % FR limités à 250 € par an et par personne assurée 100 % FR limités à 500 % de la BR 100 % FR limités à 50 % PMSS soit 1543,00 € en 2013 par oreille 100 % FR limités à 400 % de la BR 100 % du TM
B) Pharmacie <ul style="list-style-type: none"> • Frais pharmaceutiques pris en charge par le RO 	100 % du TM	

DÉSIGNATION DES ACTES	PRESTATIONS					
<p>C) Optique</p> <ul style="list-style-type: none"> Frais de verres selon la dioptrie LIMITE : 2 verres par an et par adulte (pas de limitation pour les enfants à charge de moins de 18 ans) ⇒ VERRE UNIFOCAL <ul style="list-style-type: none"> Verre unifocal sphérique <ul style="list-style-type: none"> Sphère de - 6 à + 6 Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10 Sphère < à - 10 ou > à + 10 Verre unifocal avec cylindre < ou > à 4 <ul style="list-style-type: none"> Sphère de - 6 à + 6 Sphère < à - 6 et > à + 6 ⇒ VERRE MULTIFOCAL <ul style="list-style-type: none"> Verre multifocal sphérique <ul style="list-style-type: none"> Sphère de - 4 à + 4 Sphère < à - 4 ou > à + 4 Verre multifocal Tout cylindre <ul style="list-style-type: none"> Sphère de - 8 à + 8 Sphère < à - 8 ou > à + 8 Monture LIMITE : 1 monture tous les 2 ans par adulte (pas de limitation pour les enfants à charge de moins de 18 ans) Lentilles correctives prises en charge ou non par le RO (y compris les frais d'adaptation médicale de lentilles) Chirurgie réfractive (toute pathologie) 	<p>100 % FR limités à :</p> <p>Dioptrie ≤ 4 : 4 % PMSS soit 123,44 € en 2013 par verre Dioptrie ≥ 4,25 et ≤ 6 : 7,50 % PMSS soit 231,45 € en 2013 par verre Dioptrie ≥ 6,25 et ≤ 8 : 10 % PMSS soit 308,60 € en 2013 par verre Dioptrie ≥ 8,25 et ≤ 10 : 15,50 % PMSS soit 478,33 € en 2013 par verre 15,50 % PMSS soit 478,33 € en 2013 par verre</p> <p>Dioptrie ≤ 4 : 4 % PMSS soit 123,44 € en 2013 par verre Dioptrie ≥ 4,25 et ≤ 6 : 7,50 % PMSS soit 231,45 € en 2013 par verre Dioptrie ≥ 6,25 et ≤ 8 : 10 % PMSS soit 308,60 € en 2013 par verre Dioptrie ≥ 8,25 et ≤ 10 : 15,50 % PMSS soit 478,33 € en 2013 par verre</p> <p>12 % PMSS soit 370,32 € en 2013 par verre Dioptrie ≥ 4,25 et ≤ 8 : 12 % PMSS soit 370,32 € en 2013 par verre Dioptrie ≥ 8,25 : 15,5 % PMSS soit 478,33 € en 2013 par verre</p> <p>Dioptrie ≤ 4 : 12 % PMSS soit 370,32 € en 2013 par verre Dioptrie ≥ 4,25 et ≤ 8 : 13,5 % PMSS soit 416,61 € en 2013 par verre 16,5 % PMSS soit 509,19 € en 2013 par verre 6 % PMSS soit 185,16 € en 2013 par monture</p> <p>12 % PMSS soit 370,32 € en 2013 par an et par personne assurée</p> <p>30 % PMSS soit 925,80 € en 2013 par œil</p>					
<p>D) Dentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Soins dentaires (hors inlays, onlays) Inlays / Onlays pris en charge par le RO Prothèses dentaires figurant à la nomenclature Inlays-core pris en charge par le RO Implantologie Orthodontie prise en charge ou non par le RO Parodontologie prise en charge par le RO Parodontologie hors nomenclature (sur présentation d'un devis) 	<p>100 % FR limités à :</p> <p>150 % de la BR 670 % de la BR</p> <p>450 % de la BR soit 483,75 € en 2013 pour un acte côté SPR 50 250 % de la BR soit 360,13 € en 2013 pour un acte côté SPR 67 500 % de la BR reconstituée sur la base d'un acte coté SPR 100 soit 1075 € en 2013 dans la limite de 6 implants par personne assurée sur une période de 2 ans</p> <p>400 % de la BR 400 % de la BR</p> <p>500 € par an par quadrant et par personne assurée soit au maximum 2000 € par an et par personne assurée</p>					
<p>E) Hospitalisation^(*) médicale, chirurgicale ou maternité</p> <p>(*) Les frais annexes (téléphone télévision, etc.) ne sont en aucun cas pris en charge par l'assureur</p> <ul style="list-style-type: none"> Frais de séjour Honoraires Forfait journalier hospitalier (par référence à la législation fixant son ou ses montants à la date de l'hospitalisation) <ul style="list-style-type: none"> Affilié relevant du régime général Affilié relevant du régime local Alsace Moselle Chambre Particulière Frais d'hospitalisation engagés à l'étranger Frais d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'une personne garantie au titre du contrat (y compris les frais d'hébergement en maison d'accueil des parents sur présentation de la facture) Frais de transport en véhicule sanitaire (y compris taxi prescrit et pris en charge par le RO) Frais d'hospitalisation en cas de cure thermale prise en charge par le RO Autres actes pris en charge par le RO 	<p>PRATICIEN OU ÉTABLISSEMENT</p> <table border="1" data-bbox="762 1339 1532 1442"> <thead> <tr> <th>CONVENTIONNÉ</th> <th>NON CONVENTIONNÉ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100 % FR limités à 400 % de la BR 100 % FR limités à 400 % de la BR</td> <td>90 % FR limités à 400 % de la BR 90 % FR limités à 400 % de la BR</td> </tr> </tbody> </table> <p>100 % FR Non garanti</p> <p>100 % FR limités à 4 % PMSS soit 123,44 € en 2013 par jour 100 % FR limités à 400 % de la BR 100 % FR limités à 2 % PMSS soit 61,72 € en 2013 par jour</p> <p>90 % FR limités à 4 % PMSS soit 123,44 € en 2013 par jour 90 % FR limités à 400 % de la BR</p> <p>100 % FR limités à 400 % de la BR</p> <p>100 % du TM</p> <p>100 % FR limités à 400 % de la BR 90 % FR limités à 400 % de la BR</p>		CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ	100 % FR limités à 400 % de la BR 100 % FR limités à 400 % de la BR	90 % FR limités à 400 % de la BR 90 % FR limités à 400 % de la BR
CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ					
100 % FR limités à 400 % de la BR 100 % FR limités à 400 % de la BR	90 % FR limités à 400 % de la BR 90 % FR limités à 400 % de la BR					
<p>F) Frais de procréation médicale assistée, par personne garantie et par an</p>	<p>Prise en charge au titre des postes correspondant à la codification des actes</p>					
<p>⊕ PRÉVENTION</p> <ul style="list-style-type: none"> Actes de prévention et de dépistage pris en charge par le RO Vaccins contre la grippe Frais d'ostéodensitométrie Sevrage tabagique^(**) 	<p>Montant de remboursement conformément aux paragraphes A) à E) ci-dessus, selon la nature de l'acte concerné</p> <p>100 % FR 100 % FR limités à 2,50 % PMSS soit 77,15 € en 2013 par an et par personne assurée 5 % PMSS soit 154,30 € en 2013 par an et par personne assurée</p>					

DÉSIGNATION DES ACTES	PRESTATIONS
⑥ AUTRES INDEMNITÉS <ul style="list-style-type: none"> • Naissance • Adoption • Cure thermale prise en charge par le RO • Cure thermale médicalement prescrite non prise en charge par le RO 	15 % du PMSS soit 462,90 € en 2013 par enfant 60 % du PMSS soit 1851,60 € en 2013 par enfant 100 % FR limités à 30 % du PMSS soit 925,80 € en 2013 100 % FR limités à 10 % du PMSS soit 308,60 € en 2013 par an et par personne assurée
⑦ SERVICES ASSOCIÉS	INCLUS

- (**) Il est précisé qu'au titre du sevrage tabagique, l'assureur ne prend en charge que les techniques reconnues par l'AFSAP, comme :
- la psychothérapie comportementale et cognitive (avec facture d'un thérapeute titulaire d'un diplôme de formation),
 - les traitements nicotiniques de substitutions (patch, gommes) sur prescription médicale,
 - le ZYBAN.

TITRE IV – SERVICES TIERS PAYANT ET DEVIS

ARTICLE 11 – TIERS PAYANT

1. PHARMACIE

Un service de TIERS PAYANT PHARMACIE est mis à votre disposition. Ce service a pour objet de permettre aux personnes assurées par le contrat de bénéficier de la dispense d'avance des frais pharmaceutiques pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale et garantis au titre de l'article 3-1.C. Par ce système, le pharmacien peut délivrer, sans avance de fonds, les médicaments prescrits par un médecin sur ordonnance, aux personnes garanties au titre de l'affiliation au contrat. Les frais pharmaceutiques correspondants sont réglés directement au pharmacien par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire de protection sociale pour la part qui lui revient et par l'assureur pour le ticket modérateur.

Entrent dans le cadre de la dispense d'avance, tous les produits pharmaceutiques, médicalement prescrits, dont la prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale – pour la part lui incombant – résulte également d'une procédure de tiers payant. **Sont exclus du système Tiers payant, les produits pharmaceutiques non remboursables par le régime obligatoire de protection sociale qui doivent être réglés intégralement au pharmacien.**

L'assureur vous délivre tous les documents nécessaires à l'application du système de tiers payant. Ces documents devront être restitués à l'assureur, ponctuellement ou pour l'ensemble des affiliés selon le cas, dans toutes les circonstances suivantes :

- pour tous les affiliés :
 - en cas de résiliation du contrat,
 - en cas d'utilisations abusives répétées du système (à la suite de défaut de retrait de document, notamment).
- pour vous en particulier ou l'un de vos ayants droit titulaire de documents :
 - si vous ou l'un de vos ayants droit ne remplissez plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre du régime obligatoire de protection sociale dont vous relevez,
 - en cas d'utilisation ou de tentative d'utilisation frauduleuse du système (cas isolé),
 - et en tout état de cause en cas de votre départ de votre entreprise ou dès lors que l'ayant droit ne répond plus à la définition de l'article 2.

L'assureur se réserve le droit de réclamer, tant à votre entreprise, qu'à vous-même ou à votre ayant droit, et le cas échéant au pharmacien, tout indu ou tout document relatif au système de tiers payant.

2. AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

Ce système de Tiers payant est étendu à d'autres professionnels de santé (radiologie, laboratoires d'analyses médicales, ...) dans les départements où des accords ont été conclus entre l'assureur et ces professions de santé et, le cas échéant, les organismes gestionnaires du régime obligatoire de protection sociale.

Il est précisé que ce système de Tiers payant est mis en place et accepté par tous les opticiens ayant passé un accord avec l'assureur.

3. PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

3.1 Objet : En cas d'hospitalisation, l'assureur peut délivrer, pour certains établissements, une prise en charge hospitalière. Dans ce cas, il règle directement à l'établissement, le complément de frais restant à votre charge ou à la charge de vos ayants droit inscrits au contrat, au-delà des prestations normalement servies par le régime obligatoire de protection sociale, **à l'exclusion de tout dépassement d'honoraires et des frais accessoires (suppléments éventuels pour boissons, téléphone, etc) et, à hauteur des garanties souscrites.**

3.2 Conditions d'application : Est garantie toute hospitalisation chirurgicale en ambulatoire ainsi que toute hospitalisation comportant au moins une facturation de 24 heures consécutives. La prise en charge de toute hospitalisation garantie est limitée aux établissements répondant aux deux conditions suivantes :

- être conventionnés avec le régime obligatoire de protection sociale,
- bénéficier d'accord de tiers payant avec les organismes gestionnaires du régime obligatoire de protection sociale, tant pour les frais de séjour que pour les honoraires.

ELLE EXCLUT ABSOLUMENT TOUTE AVANCE DES PRESTATIONS EN NATURE À LA CHARGE DU RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE. **La prise en charge n'est donc pas délivrée en clinique agréée non conventionnée, pour les hospitalisations dites en secteur privé dans les établissements publics et en maison de repos.**

3.3 Formalités administratives : Sur présentation de votre justificatif d'identification ou de celui de votre ayant droit, l'établissement hospitalier sollicite la prise en charge auprès de l'assureur. Lorsque les conditions requises sont remplies, l'assureur transmet un « bon de prise en charge » à l'établissement hospitalier.

De ce fait, aucune avance de fonds, **à hauteur des garanties souscrites**, ne vous est réclamée – hormis les dépenses fixées au paragraphe 3.1 ci-dessus – et l'assureur se substitue à vous pour le règlement à l'établissement hospitalier, des frais laissés à votre charge par le Régime obligatoire de protection sociale.

TITRE V – EXÉCUTION DU CONTRAT**ARTICLE 12 – RÉFÉRENCE LÉGALE**

Le contrat d'assurance de groupe auquel vous êtes affilié est régi par le Code des assurances et notamment par ses articles L.141-1 et suivants. Les déclarations de votre entreprise et les vôtres servent de base aux garanties du contrat.

En application de l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. En application de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci, notamment par :

- une demande en justice (même en référé),
- un acte d'exécution forcée,

ainsi que par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée par l'assureur à votre entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par votre entreprise ou vous même à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 13 – DURÉE - RENOUELEMENT - MODIFICATION DU CONTRAT

Le contrat est souscrit pour une première période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet et **se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation de l'une des parties notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.**

Toute modification du contrat convenue entre votre entreprise et l'assureur prendra effet, en cours d'exercice, à effet du 1^{er} jour d'un mois civil et donnera lieu à l'émission par l'assureur d'un avenant au contrat. Il est précisé que **dans ce cas**, vous serez informé des modifications qu'il est prévu d'apporter à vos droits et obligations trois mois au minimum avant la date prévue pour leur entrée en vigueur.

ARTICLE 14 – AFFILIATION DU PERSONNEL – PERSONNES ASSURÉES**1. AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL**

Doivent être inscrits à l'assurance, tous les membres du personnel salarié de votre entreprise affiliés au régime obligatoire de protection sociale dont le contrat de travail est en cours, y compris ceux dont le contrat de travail est suspendu et ceux bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi/Retraite, sous les réserves possibles prévues à l'acte instituant le régime complémentaire santé (accord collectif, référendum ou décision unilatérale) et déclarées par la contractante à l'assureur.

Doivent également être inscrits au contrat, les membres du personnel de votre entreprise exerçant leur activité professionnelle :

- en France en qualité d'impatrié, et ce dès la date de leur arrivée en France, dès lors que les intéressés sont inscrits au régime obligatoire de protection sociale et ce, même s'ils ne bénéficient pas des prestations en nature dudit organisme. Il est précisé que tant que l'affilié impatrié ne bénéficiant pas du régime obligatoire de protection sociale français, et pendant une période maximale de 3 mois à compter de la date d'arrivée en France, le montant des prestations qui aurait été servies par le régime obligatoire de protection sociale français s'il était intervenu sera versé par l'assureur.

En cas d'intervention du régime obligatoire de protection sociale français, toute somme indûment versée à l'affilié impatrié devra être remboursée à l'assureur.

- à l'étranger en qualité de détaché dès lors que les intéressés demeurent assujettis au régime obligatoire de protection sociale français.

Cependant en ce qui concerne ces derniers :

- les remboursements de l'assureur, pour les frais engagés à l'étranger et garantis au titre du contrat, sont en tout état de cause déterminés et limités en fonction des prestations qui auraient été versées par le régime obligatoire de protection sociale français s'il était directement intervenu,
- le service TIERS PAYANT n'est applicable que lorsque les frais sont engagés en France,
- **le règlement des prestations et des cotisations est, en tout état de cause, effectué en France et en euros.**

2. PERSONNES ASSURÉES

Selon les dispositions prévues dans l'acte instituant le régime complémentaire santé, déclarées par votre entreprise à l'assureur, les garanties du contrat sont accordées à vous même et à vos ayants droit éventuels répondant à la définition de l'article 2, l'ensemble de ces personnes assurées étant rattaché à la catégorie « Famille ».

ARTICLE 15 – PRISE D'EFFET DE L'AFFILIATION ET DES GARANTIES**1. PRISE D'EFFET DE L'AFFILIATION**

En ce qui vous concerne : Votre affiliation prend effet à la même date que le contrat ou le jour de votre entrée dans l'effectif assurable sous réserve que vous ayez rempli le bulletin d'affiliation fourni par l'assureur.

En ce qui concerne vos ayants droit : L'inscription des ayants droit prend effet :

- à la même date que votre affiliation au contrat,
- à la date de la modification de votre situation de famille en cas de mariage, de conclusion d'un PACS, de concubinage ou de naissance d'enfants, **sous réserve que cette modification ait été portée à la connaissance de l'assureur dans un délai de deux mois suivant la date de la modification. Si ce délai n'est pas respecté, l'inscription de l'ayant droit ne prendra effet qu'au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel la déclaration de la modification a été faite à l'assureur.**

2. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet pour vous et vos ayants droit à la date d'affiliation ou d'inscription telle qu'elle est prévue ci-dessus. Il est précisé que l'assureur ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits à compter de la date d'effet des garanties.

ARTICLE 16 – CESSATION DE L’AFFILIATION ET DES GARANTIES

1. CESSATION DE L’AFFILIATION

Votre affiliation au contrat cesse :

- à la date de résiliation du contrat. **Dès que le contrat est résilié, il ne peut en aucun cas être maintenu dans ses effets, à titre individuel.** Dans ce cas, si vous en faite la demande, vous pourrez contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur, l’un des contrats proposés à titre individuel par l’assureur. Toutefois, des conditions d’admission simplifiées sont réservées aux personnes définies au paragraphe 3.4 ci-après
- à la date de rupture ou de cessation de votre contrat de travail, quel qu’en soit le motif, si vous quittez votre entreprise avant l’âge d’admission à la retraite, sauf application des dispositions du paragraphe 3.2 ci-dessous ou de celles de l’annexe N° 1 ci-après. En outre, à la date de rupture ou de cessation de votre contrat de travail lorsque les dispositions du paragraphe 3.2 ou de l’annexe N° 1 précités ne s’appliquent pas, celles des paragraphes 3.3 ou 3.4 pourront trouver à s’appliquer.
- à la date de suspension de votre contrat de travail, sauf application des dispositions du paragraphe 3.1 ci-après.
- à la date à laquelle vous cessez d’appartenir à la catégorie de personnel visée à l’article 14.
- si vous cessez de figurer sur le bordereau d’ajustement annuel des cotisations fourni par votre entreprise ou si les cotisations vous concernant ne sont pas réglées (sous réserve des modalités prévues à l’article L.141-3 du code des assurances).
- à la date de votre cessation totale d’activité liée à la liquidation de la pension de l’assurance vieillesse du régime obligatoire de protection sociale. À cette date, les dispositions des paragraphes 3.3 ou 3.4 seront applicables.

2. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat prennent fin pour vous et vos ayants droit à la date de la cessation de l’affiliation, telle qu’elle est prévue ci-dessus. Il est précisé que la garantie substitutive au régime obligatoire de protection sociale accordée à l’affilié impatrié cesse en tout état de cause le jour où il bénéficie des prestations en nature dudit régime et au plus tard au terme d’une période maximale de 3 mois à compter de la date d’arrivée en France.

Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause pour vos ayants droit :

- Pour votre conjoint : à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire, ou pour votre partenaire : à la date de rupture du PACS, ou pour votre concubin : à la date à laquelle cesse le concubinage,
- Pour les enfants et autres descendants : dès qu’ils cessent d’être à charge au sens de l’article 2 de la notice d’information du contrat et, au plus tard, à la fin de l’année au cours de laquelle ils atteignent leur 21^{ème} anniversaire ou leur 28^{ème} anniversaire s’ils répondent à la définition des enfants à charge telle qu’elle figure à l’article 2. Toutefois, les enfants handicapés continuent à être garantis tant qu’ils bénéficient des allocations légales d’adultes handicapés.
- Pour les ascendants : dès qu’ils cessent d’être à charge au sens de l’article 2 de la notice d’information du contrat.

Vous devez déclarer à l’assureur dans les plus brefs délais toute radiation d’un ayant droit notamment en cas de divorce, de cessation d’un pacte civil de solidarité, de fin d’une situation de vie en concubinage, de fin des études ou de l’apprentissage d’un enfant, etc..

Il est précisé que l’assureur ne prend en charge que les dépenses réalisées antérieurement à la date de cessation des garanties.

3. DISPOSITIONS APPLICABLES À LA DATE DE CESSATION DE L’AFFILIATION ET DES GARANTIES

3.1 MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DU CONTRAT, OBJET DE LA PRESENTE NOTICE D’INFORMATION, EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

3.1.1 Suspension du contrat de travail pour cause de maladie, de maternité ou d’accident

Les garanties vous sont maintenues ainsi qu’à vos ayants droit inscrits au contrat sur les mêmes bases que celles prévues pour les affiliés exerçant leur activité professionnelle et les cotisations correspondantes doivent continuer à être versées à l’assureur tant que vous ne bénéficiez pas des dispositions du paragraphe 3.2.1 ci-après relatif au maintien des garanties sans contrepartie de cotisation en cas d’arrêt total de travail ou d’invalidité permanente et totale. Les cotisations sont dues sur les mêmes bases que celles applicables pour les affiliés exerçant effectivement leur activité professionnelle.

Dès que vous bénéficiez des dispositions du paragraphe 3.2.1 ci-après, les cotisations afférant aux garanties du contrat cessent d’être dues pour vous et vos ayants droit inscrits au contrat.

3.1.2 Suspension du contrat de travail pour une autre cause que la maladie, la maternité ou l’accident

Tant que vous bénéficiez d’un maintien de salaire total ou partiel, le bénéfice de l’ensemble des garanties du contrat vous est maintenu ainsi qu’à vos ayants droit inscrits au contrat sur les mêmes bases que celles prévues pour les affiliés exerçant leur activité professionnelle et les cotisations correspondantes, calculées sur les mêmes bases que celles applicables pour les affiliés exerçant effectivement leur activité professionnelle doivent continuer à être versées à l’assureur.

Lorsque vous ne bénéficiez pas ou ne bénéficiez plus d’un maintien de salaire total ou partiel, les garanties du contrat peuvent vous être maintenues, dès la date à laquelle vous bénéficiez d’un des congés mentionnés ci-dessous :

- congé parental conformément à l’article L 1225-47 du code du travail,
- congé pour création d’entreprise,
- congé sabbatique,
- congé de formation (rémunéré ou non)
- congé de conversion,
- congé de présence parentale (maladie, accident ou handicap grave de l’enfant), congé de soutien familial (parent dépendant, âgé ou handicapé), congé de solidarité familiale (accompagnement d’un proche en fin de vie) et autre congé pour personne malade de même nature.

Les garanties vous sont maintenues dans la mesure où vous êtes affiliés au contrat à la date de la suspension de votre contrat de travail pour congé parental, congé pour création d’entreprise, congé de formation, congé sabbatique, congé de conversion, congé de présence parentale, de soutien familial ou de solidarité familiale, à condition :

- que vous cessiez de bénéficier d’un maintien de salaire total ou partiel,

- que la demande en soit faite à l'assureur par la contractante dans un délai d'un mois suivant la date de suspension de votre contrat de travail,
- qu'il n'y ait pas d'interruption de garanties entre l'activité et la situation de maintien des garanties ou entre les situations elles-mêmes,
- que les cotisations correspondantes soient payées.

Ce maintien des garanties vous est accordé, ainsi qu'à vos ayants droit s'ils sont inscrits au contrat à la date de suspension du contrat de travail. Toutefois, en cas de modification de votre situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance d'enfant(s), etc.) intervenant postérieurement à cette date, les nouveaux ayants droit pourront bénéficier des garanties du contrat selon les modalités et conditions prévues au contrat.

Ce maintien de garanties est accordé dans les conditions du contrat et :

- pour vous-même : pendant toute la durée de suspension du contrat de travail correspondant au congé obtenu.
- pour vos ayants droit : tant que vous êtes inscrit au contrat et, en tout état de cause, tant que les intéressés répondent aux définitions du contrat.

Le maintien des garanties cesse tant pour vous-même que pour vos ayants droit :

- le jour de votre reprise du travail, quelle que soit la durée de cette reprise.
Cette disposition n'est pas applicable :
 - si vous bénéficiez d'un congé pour création d'entreprise, pour l'activité que vous exercez au sein de l'entreprise que vous créez,
 - si vous bénéficiez d'un congé de formation, pour les stages en entreprise que vous êtes éventuellement appelé à effectuer dans le cadre de la formation pour laquelle vous avez sollicité un congé.
- si les cotisations cessent d'être versées,
- en cas de résiliation du contrat,
- à la date de liquidation de votre pension vieillesse du régime obligatoire de protection sociale, y compris pour inaptitude au travail,
- et en outre pour vos ayants droit, aux dates limites fixées pour eux au paragraphe 2. ci-dessus.

En cas de résiliation du contrat ou à la date de liquidation de votre pension vieillesse du régime obligatoire de protection sociale, vous pourrez demander, le cas échéant, à bénéficier du maintien de garanties prévu dans le cadre du contrat collectif Complémentaire Santé n° 352/685537 de l'assureur défini au paragraphe 3.3 ci-après ou à adhérer à un contrat individuel de même nature dans les conditions du paragraphe 3.4 ci-après.

Il est précisé que les dispositions du présent paragraphe 3.1 vous sont également applicables si votre contrat de travail est suspendu à la date d'effet du contrat, objet de la présente notice d'information, sous réserve que vous bénéficiez au 31 décembre 2012 d'un maintien de garanties de même nature dans le cadre du contrat n° 283/840361 ou n° 283/840363 précédemment souscrit par votre entreprise.

3.2 MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DU CONTRAT, OBJET DE LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATION, SANS CONTREPARTIE DE COTISATION

Sous certaines conditions, les garanties peuvent être maintenues sans contrepartie de cotisation.

3.2.1 En cas d'arrêt total de travail ou d'invalidité permanente et totale

En cas d'arrêt total de travail ou d'invalidité permanente et totale ayant entraîné votre classement par le régime obligatoire de protection sociale en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou, s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie d'origine professionnelle, d'une incapacité correspondant à un taux au moins égal à 66 %, les garanties du contrat vous sont maintenues ainsi qu'à vos ayants droit inscrits au contrat sur les mêmes bases que celles prévues pour les affiliés exerçant leur activité professionnelle.

Les cotisations relatives aux garanties du contrat cessent d'être dues pour vous-même et vos ayants droit :

- en cas d'arrêt total de travail : dès la date à laquelle vous cessez de bénéficier d'un maintien de salaire, total ou partiel,
- en cas d'invalidité permanente totale : dès la date de votre classement en invalidité par le régime obligatoire de protection sociale.

Les garanties sont maintenues à condition que :

- la demande en soit faite à l'assureur dans un délai de six mois au maximum suivant la date à laquelle vous cessez de bénéficier d'un maintien de salaire, total ou partiel ou la date de votre classement en invalidité par le régime obligatoire de protection sociale,
- vous figuriez sur la liste nominative fournie par la contractante à l'assureur, avec la mention « invalide » et l'indication de la date de début de l'exonération de cotisation (date à laquelle vous cessez de bénéficier d'un maintien de salaire en cas d'arrêt total de travail ou la date du classement en invalidité par le régime obligatoire de protection sociale en cas d'invalidité permanente totale).

En outre, la date de rupture de votre contrat de travail devra être déclarée à l'assureur dès que celle-ci intervient.

Les garanties sont maintenues tant que vous percevez du régime obligatoire de protection sociale une prestation (indemnités journalières ou rente) au titre de l'assurance Maladie, de l'assurance Invalidité ou au titre de la législation sur les accidents du travail correspondant à un taux au moins égal à 66 %.

Ce maintien de garanties sans contrepartie de cotisation cesse en tout état de cause à la date de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine, et au plus tard :

- pour vous-même et vos ayants droit, à la date de liquidation de votre pension vieillesse du régime obligatoire de protection sociale, y compris pour inaptitude au travail,
- et en outre pour vos ayants droit, aux dates limites fixées pour eux au paragraphe 2. ci-dessus.

Il est précisé que les dispositions du présent paragraphe sont également applicables à l'ensemble des anciens membres du personnel de la contractante et à leur ayants droit bénéficiant au 31 décembre 2012 d'un maintien de garanties de même nature dans le cadre du contrat n° 283/840361 ou n° 283/840363 précédemment souscrit par la contractante, y compris les membres du personnel de la société HEWLETT PACKARD France ou HEWLETT PACKARD CENTRE DE COMPETENCES France, classés par le régime obligatoire de protection sociale en 1^{ère} catégorie d'invalidité et ayant quitté l'entreprise dans le cadre du Plan de Sauvegarde de l'Emploi 2010. Pour ces derniers, les garanties du contrat sont maintenues tant que l'affilié perçoit du régime obligatoire de protection sociale une rente au titre de l'assurance invalidité de 1^{ère} catégorie, y compris en cas de reprise par ce dernier d'une activité salariée à temps partiel.

3.2.2 Si vous décédez

Les garanties du contrat sont maintenues à vos ayants droit survivants, à condition :

- qu'ils bénéficient des prestations du régime obligatoire de protection sociale sous votre numéro d'immatriculation,
- que la demande en soit faite à l'assureur dans un délai de six mois au maximum suivant la date de votre décès,
- qu'ils soient inscrits au contrat à la date de votre décès,
- qu'ils figurent sur les avis d'échéance de cotisation et les états nominatifs annuels établis par la contractante, avec la mention « ayant droit » et l'indication de la date de votre décès.

Au titre de ce maintien de garanties, sont également considérés comme ayant droit, vos enfants nés moins de 300 jours après votre décès.

Ce maintien de garanties sans contrepartie de cotisation cesse en tout état de cause à la date de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine, et au plus tard :

- au terme d'une période maximum d'un an à la suite du décès,
- le jour où votre conjoint, partenaire ou concubin se remarie ou se marie ou souscrit un (nouveau) PACS,
- le jour où votre conjoint, partenaire ou concubin exerce une activité professionnelle.

La garantie indemnité de naissance n'est maintenue au conjoint, partenaire ou concubin que pour vos enfants nés moins de 300 jours après votre décès.

Il est précisé que les dispositions du présent paragraphe sont également applicables à l'ensemble des ayants droit d'affilié décédé bénéficiant au 31 décembre 2012 d'un maintien de garanties de même nature dans le cadre du contrat n° 283/840361 ou n° 283/840363 précédemment souscrit par la contractante.

3.2.3 Dispositions applicables au terme du maintien de garanties accordé sans contrepartie de cotisation

Lorsque le maintien des garanties prévu aux paragraphes 3.2.1 et 3.2.2 ci-dessus prend fin, les personnes susceptibles de bénéficier des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 pourront demander à bénéficier du maintien des garanties :

- soit au titre de l'annexe N° 1 à la présente notice d'information relative au maintien de garanties dans le cadre de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008, le cas échéant,
- soit dans le cadre d'une adhésion au contrat individuel défini au paragraphe 3.4 ci-dessous.

3.3 MAINTIEN DES GARANTIES DANS LE CADRE DU CONTRAT COLLECTIF COMPLÉMENTAIRE SANTÉ N° 352/685537 DE L'ASSUREUR

À la date de cessation des garanties du contrat n° 352/685533 ou n° 352/685535, les personnes visées ci-après ainsi que leurs ayants droit pourront demander à bénéficier du maintien de leurs garanties, à l'exclusion des garanties d'assistance, en adhérant au contrat collectif Complémentaire Santé n° 352/685537.

Ces personnes devront toutefois justifier qu'elles ont droit aux prestations en nature du régime obligatoire de protection sociale à titre obligatoire ou personnel et qu'elles répondent à l'une des conditions suivantes à la date de cessation des garanties :

- être retraité,
- être licencié (y compris dans le cadre d'une rupture conventionnelle du contrat de travail) et bénéficier des prestations de l'assurance Chômage.

Pour être recevable, la demande d'adhésion au contrat collectif Complémentaire Santé n° 352/685537 doit parvenir à l'assureur au plus tard six mois après la date de cessation des garanties du contrat.

Dans ces conditions, les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du contrat, sous réserve du paiement des cotisations depuis cette date.

3.4. ADHÉSION À UN CONTRAT INDIVIDUEL

Les personnes cessant d'être garanties par le contrat et susceptibles de bénéficier des dispositions de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 pourront, sauf application des dispositions du paragraphe 3.3 ci-avant, demander leur adhésion à **un contrat individuel de même nature, sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire.**

Les personnes concernées devront toutefois justifier qu'elles ont droit aux prestations en nature du régime obligatoire de protection sociale à titre obligatoire ou personnel et qu'elles répondent à l'une des conditions suivantes à la date de cessation des garanties :

- être retraité,
- être licencié et bénéficier soit des prestations de l'assurance chômage, soit de l'attribution gratuite de points au titre de leur régime obligatoire de retraite,
- être invalide et percevoir à ce titre des prestations en espèces du régime obligatoire de protection sociale,
- avoir la qualité d'ayant droit d'un affilié décédé, sous réserve d'avoir été inscrit au contrat à la date du décès de l'affilié.

Pour être recevable, la demande d'adhésion doit parvenir à l'assureur au plus tard six mois après la date de cessation des garanties du contrat.

Sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, l'entrée en vigueur des garanties s'effectuera dans les conditions suivantes :

- dès la date de cessation des garanties du contrat dans le cas où l'adhésion est demandée dans le mois suivant cette date,
- le jour de la demande dans le cas contraire.

Les garanties d'assistance ne sont en aucun cas maintenues dans le cadre du contrat individuel.

ARTICLE 17 – RÉCLAMATION – MÉDIATION – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS**1. RÉCLAMATION - MÉDIATION**

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, il vous est recommandé de consulter d'abord l'intermédiaire d'assurance de votre entreprise ou de vous adresser au service de l'assureur en charge des relations avec sa clientèle suivant :

- par courrier postal au : Service des relations avec les consommateurs - Immeuble Elysées La Défense - 7, place du Dôme - TSA 59876 - 92099 La Défense Cedex,
- ou par courriel à l'adresse suivante : src-collectives@ggvie.fr.

Si cette demande n'est pas satisfaite, la réclamation peut être adressée au service « réclamations » de l'assureur à l'adresse suivante :

- par courrier postal : Groupama Gan Vie Service réclamations - 160 avenue Charles de Gaulle - TSA 41269 - 91426 MORANGIS Cedex,
- par courriel à l'adresse suivante : service.reclamations@ggvie.fr.

L'assureur s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. Celle-ci sera traitée dans les deux mois au plus. Si tel n'est pas le cas, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu, sans préjudice de votre droit de saisir éventuellement la justice, vous pourrez recourir au Médiateur de l'assureur en lui écrivant 5/7 rue du Centre - 93199 Noisy le Grand.

Le détail des modalités de traitement des réclamations vous est accessible auprès du conseiller habituel de votre entreprise et dans la rubrique « mentions légales » sur www.gan-eurocourtage.fr.

2. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données personnelles vous concernant sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre affiliation et des garanties. À l'exception des données de santé, elles sont destinées à l'intermédiaire d'assurance de votre entreprise, à l'assureur et à ses mandataires, prestataires et sous traitants, aux réassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales. Elles peuvent être par ailleurs utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Vous disposez d'un droit d'accès, de communication, de rectification et d'opposition sans frais, en vous adressant par courrier au Service des relations avec les consommateurs – Immeuble Elysées La Défense – 7 place du Dôme – TSA 59876 – 92099 La Défense Cedex.

Vous-même et vos ayants droit acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Nécessaires à la gestion des garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical ou personnes internes ou externes habilitées (notamment experts médicaux). En cas d'utilisation de la carte vitale, vous autorisez le professionnel de santé à adresser à l'assureur un relevé d'information pour permettre la mise en œuvre des prestations du contrat. Vous autorisez également l'échange d'information avec votre régime obligatoire de protection sociale à la seule fin du traitement des prestations.

Vous-même et vos ayants droit disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en vous adressant par courrier postal accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité au médecin conseil de l'assureur dont les coordonnées vous seront communiquées sur demande à l'adresse indiquée ci-dessus.

Enregistrement des appels téléphoniques : Dès la prise d'effet des garanties vous concernant, vous-même et vos ayants droit pouvez être amenés à téléphoner à l'assureur pour lui demander tous types de renseignements. L'assureur vous informe que vos appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution de ses prestations à votre égard et plus généralement faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services de l'assureur en charge de l'appel. Si vous avez été enregistré et souhaitez écouter l'enregistrement d'un entretien, vous pouvez en faire la demande par courrier adressé au Service des relations avec les consommateurs dont l'adresse est indiquée ci-dessus. Il vous sera délivré, sans frais, copie de l'enregistrement téléphonique ou retranscription du contenu de la conversation. Le délai prévu pour exercer cette demande sera d'un mois maximum à compter de l'enregistrement.

Transfert des données personnelles des affiliés et/ou ayants droit dans un pays étranger : Dans le cadre de l'exécution du contrat et conformément aux finalités convenues, des données à caractère personnel vous concernant ou concernant vos ayants droit peuvent faire l'objet d'un transfert dans un pays de l'Union Européenne ou hors Union Européenne, ce dont vous-même et vos ayants droit êtes informés par les présentes dispositions et que vous autorisez de manière expresse.

Mise en œuvre des garanties d'assistance : La mise en œuvre des garanties d'assistance prévues au contrat peut nécessiter le recueil et le traitement de données de santé par Mutuaide Assistance. Ces informations sont exclusivement destinées aux médecins de l'assisteuse, à ses gestionnaires habilités et autres personnes habilitées (urgentistes, ambulanciers, médecins locaux,...). Certaines données strictement nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée (dans le cadre de séjours ou voyages dans le monde entier). Vous acceptez expressément le recueil et le traitement de données de santé dans ce cadre. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'oppositions aux informations médicales traitées dans ce cadre, en vous adressant par courrier postal accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité au médecin conseil de l'assisteuse.

Tout appel téléphonique passé dans le cadre de la mise en œuvre des garanties d'assistance sera systématiquement enregistré sur les plateformes de Mutuaide Assistance aux fins d'assurer une parfaite exécution des prestations. Le droit d'accès à ces enregistrements s'effectue directement auprès de Mutuaide Assistance (voir adresse dans l'annexe 2 jointe).



TITRE VI – RÉVISION

ARTICLE 21 – RÉVISION

Les garanties sont définies en prenant en considération la réglementation actuelle du régime obligatoire de protection sociale français en vigueur lors de la souscription du contrat par votre entreprise.

Si ultérieurement, une nouvelle réglementation ou les dispositions prises par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie en application des dispositions législatives et/ou réglementaires alors en vigueur entraîne(nt) une modification des engagements de votre entreprise et de l'assureur, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercice selon le contexte et les contraintes réglementaires :

- ⇒ lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat complémentaire santé souscrit par votre entreprise, son caractère « responsable » :
 - l'assureur indiquera à votre entreprise les modifications nécessaires pour maintenir au contrat son caractère « responsable ».
 - En cas de refus par votre entreprise des modifications indiquées par l'assureur, celui-ci résiliera le contrat.
- ⇒ lorsque la modification du contrat complémentaire santé souscrit par votre entreprise est motivée par d'autres évolutions de la législation ou réglementation de la Sécurité Sociale :
 - l'assureur procédera à l'ajustement de la cotisation. En cas de refus de cet ajustement par votre entreprise, l'assureur pourra résilier le contrat. Toutefois, l'assureur se réserve aussi la faculté d'établir son remboursement en référence à la législation en vigueur lors de la souscription du contrat.

Groupama Gan Vie

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 € – RCS Paris 340 427 616 – APE 6511 Z

Siège social : 8-10, rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01.44.56.77.77

Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel – 61 rue Taitbout – 75009 Paris

Les produits d'assurances distribués sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers sont ceux de Groupama Gan Vie

www.gan-eurocourtage.fr – contact-collectives@gan.fr

ANNEXE N° 1
Maintien des garanties dans le cadre de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008
relatif à la Modernisation du Marché du Travail

Par dérogation aux dispositions contractuelles, l'affiliation au contrat et les garanties qu'il prévoit vous sont maintenues postérieurement à la date de cessation du contrat de travail conclu avec votre employeur, dans les conditions précisées ci-après, sous réserve que vous bénéficiez des dispositions de l'accord mentionné ci-dessus.

1 Conditions du maintien des garanties.

Les garanties du contrat vous sont maintenues en tant qu'ancien salarié de votre employeur sous réserve que ce dernier vous ait déclaré à l'assureur en tant que tel et que vous remplissiez les conditions cumulatives suivantes :

- ➔ le droit à la couverture au titre du contrat collectif complémentaire santé souscrit par votre employeur doit vous avoir été ouvert avant la date de cessation du contrat de travail qui vous liait à celui-ci,
- ➔ votre contrat de travail doit être rompu. Ainsi donne droit à maintien de garanties tout licenciement **sauf en cas de faute lourde**, la rupture conventionnelle du contrat de travail, l'arrivée à terme du CDD, la rupture pour motif légitime et sérieux du CDD à objet défini, la démission légitime et la rupture du contrat d'apprentissage ou en alternance,
- ➔ la cessation de votre contrat de travail doit vous ouvrir droit à la prise en charge par le régime de l'assurance chômage, quelle que soit l'origine de cette cessation,
- ➔ le cas échéant, vous devez conserver le bénéfice des garanties de l'ensemble des contrats collectifs obligatoires prévoyance et complémentaire santé souscrits par votre employeur auxquels vous étiez affilié à la date de cessation de votre contrat de travail,
- ➔ les cotisations correspondantes doivent être payées.

En tant qu'ancien salarié de votre employeur, vous bénéficiez du maintien des garanties du contrat aux mêmes clauses et conditions que les salariés en activité chez votre ancien employeur affiliés au contrat. Toute modification des garanties et/ou du montant des cotisations intervenant au cours de la période de maintien des garanties est applicable aux bénéficiaires de ce maintien. Ce maintien des garanties s'étend à vos ayants droit s'ils sont inscrits au contrat collectif complémentaire santé à la date de rupture du contrat de travail qui vous liait à votre employeur. Toutefois, en cas de modification de votre situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance d'enfant) intervenant postérieurement à cette date, les personnes qui du fait de cette modification répondent à la définition des ayants droit prévue au contrat pourront bénéficier des garanties qu'il prévoit selon les modalités et conditions prévues à l'article 15-1 et par la présente annexe.

Il est précisé que les dispositions de la présente annexe sont également applicables aux anciens salariés de la contractante bénéficiant au 31 décembre 2012 d'un maintien de garanties de même nature dans le cadre du contrat n° 283/840361 ou n° 283/840363 précédemment souscrit par la contractante.

2 Prise d'effet et durée du maintien des garanties.

La prise d'effet du maintien des garanties est fixée à la date de cessation de votre contrat de travail. La durée de ce maintien est égale à celle du dernier contrat de travail que vous avez conclu avec votre employeur, appréciée en nombre de mois entiers. **La durée de ce maintien ne peut toutefois excéder la durée maximum prévue dans le cadre de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 (9 mois au 1^{er} janvier 2013).**

3 Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période indiquée au paragraphe 2 ci-dessus
- si vous êtes radié des listes des bénéficiaires du régime de l'assurance chômage, à la date à laquelle vous cessez de bénéficier du régime de l'assurance chômage, ce dont vous devez informer votre ancien employeur en application des dispositions de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008.
- si la cotisation vous concernant cesse d'être versée ou si vous cessez de figurer sur les avis trimestriels d'échéance de cotisation et les bordereaux d'ajustement annuels que votre employeur doit fournir à l'assureur pour la gestion du régime.
- dès que vous retrouvez un emploi, même à temps partiel, quelle que soit la durée de cette reprise d'activité.

Le maintien des garanties cesse en tout état de cause :

- à la date de liquidation de votre pension d'assurance vieillesse du régime obligatoire de protection sociale y compris pour inaptitude au travail,
- à la date de résiliation du contrat collectif. Dès que le contrat est résilié, il ne peut être maintenu dans ses effets à titre individuel.

Au terme du présent maintien de garanties, il est précisé que vous pourrez, le cas échéant, demander en application des dispositions prévues par l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, à adhérer au contrat individuel ou au contrat collectif Complémentaire santé n° 352/685537, dans les conditions visées au paragraphe 3.3 ou 3.4 de l'article 16 de la notice d'information.

Le maintien des garanties cesse pour vos ayants droits comme il est dit ci-dessus pour vous-même et en tout état de cause aux dates limites fixées spécifiquement pour chacun d'eux à la notice d'information.

4 Règlement des prestations

Vous devez pouvoir justifier, pendant toute la durée du maintien des garanties, de votre prise en charge par le régime de l'assurance chômage. Ainsi à la demande de l'assureur, ou lors de la demande de règlement des prestations, outre les documents prévus au contrat nécessaires à ces règlements, vous devrez transmettre la justification de votre prise en charge par le régime de l'assurance chômage (dernier décompte des allocations chômage perçues, en principe) et, le cas échéant, celles des indemnités journalières qui vous sont versées par le régime obligatoire de protection sociale. **À défaut de production de ce justificatif, l'assureur pourra refuser ou suspendre la prise en charge des prestations.**

ANNEXE N° 2
SERVICES D'ASSISTANCE GAN ASSISTANCE AUX COLLABORATEURS DU GROUPE HP
ASSISTANCE SANTÉ ET ASSISTANCE À L'AFFILIÉ EN DÉPLACEMENT PROFESSIONNEL

Les garanties Assistance Santé et Assistance à l'affilié en déplacement professionnel sont accordées par Gan Assistance.

Le service Gan Assistance est garanti et géré par :

MUTUAIDE ASSISTANCE

Entreprise régie par le code des assurances

S.A à au capital de 9.590.040 € (entièrement versé)

Siège social : 8/14, avenue des Frères Lumière – 94366 BRY-SUR-MARNE CEDEX

383 974 086 RCS CRETEIL

Numéro de protocole : 2785

*Organisme de contrôle : **Autorité de Contrôle Prudentiel** - 61, rue Taitbout – 75009 PARIS*

Le service Gan Assistance verse les prestations prévues ci-après.

I – ASSISTANCE SANTE

① DÉFINITIONS ASSISTANCE SANTE

Ces garanties ont pour objet la mise en œuvre d'une assistance à l'affilié au contrat Complémentaire Santé du Groupe HP pour couvrir les conséquences d'une incapacité temporaire consécutive à une maladie imprévisible ou un accident, ou celles d'un décès.

Pour l'application de ces garanties, on entend par :

- **Accident** : Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.
- **Adulte Bénéficiaire** : L'affilié au contrat Complémentaire Santé du Groupe HP ainsi que son conjoint, partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité ou concubin s'il est assuré au titre dudit contrat Complémentaire Santé.
- **Animaux domestiques** : Animaux de compagnie et familiers appartenant et vivant habituellement au domicile du bénéficiaire, chien et/ou chat uniquement (maximum 2), à l'exclusion de toute autre espèce, à condition toutefois qu'ils aient subi les vaccinations dans les délais prescrits par la législation en vigueur en France, le carnet de vaccinations faisant foi, sous réserve des dispositions de la loi n° 99-5 du 6 janvier 1999 relative aux animaux dangereux et errants et à la protection des animaux. **Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.**
- **Bénéficiaire** : L'affilié au contrat Complémentaire Santé du Groupe HP.
- **Enfant** : Les enfants à charge tels qu'ils sont définis au contrat Complémentaire Santé du Groupe HP et s'ils sont assurés au titre dudit contrat Complémentaire Santé.
- **Certificat médical descriptif** : Le document justifiant et prouvant l'hospitalisation ou l'immobilisation temporaire au domicile, de l'adulte bénéficiaire ou de l'enfant. Il est complété à la fois par le médecin qui atteste de l'hospitalisation ou de l'immobilisation et par le bénéficiaire qui complète la partie administrative.
- **Domicile** : Le lieu de résidence principale du bénéficiaire qu'il a déclaré à son employeur, situé en France métropolitaine, dans un département, une région ou une collectivité d'Outre Mer ou en Principauté d'Andorre ou de Monaco.
- **Famille** : Le bénéficiaire, son conjoint ou partenaire lié à l'affilié par un pacte civil de solidarité ou son concubin et les enfants à charge, tels qu'ils sont définis au contrat Complémentaire Santé du Groupe HP et s'ils sont assurés au titre dudit contrat Complémentaire Santé.
- **Gan Assistance organise** : Gan Assistance accomplit les démarches nécessaires afin que l'adulte bénéficiaire puisse avoir accès à la prestation.
- **Gan Assistance prend en charge** : Gan Assistance finance la prestation.
- **Garde d'enfants** : Garde et surveillance d'un ou plusieurs enfants à charge, au domicile du bénéficiaire.
- **Hospitalisation** : Tout séjour de plus de 48 heures, non prescrit médicalement plus de 5 jours à l'avance, dans un établissement de soins public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.
- **Immobilisation temporaire de l'adulte bénéficiaire** : L'état qui empêche l'adulte bénéficiaire d'exercer son activité habituelle et qui entraîne à la suite d'une maladie ou d'un accident :
 - soit son immobilisation à domicile, à la suite d'une hospitalisation ou non, pour une durée d'au moins 8 jours consécutifs, pour des raisons médicalement justifiées et prouvées,
 - soit son hospitalisation non prescrite médicalement plus de 5 jours à l'avance, dans un établissement de soins pour une durée d'au moins 2 jours consécutifs.
- **Immobilisation temporaire d'un enfant** : L'état qui empêche l'enfant à charge de poursuivre sa scolarité en l'immobilisant à son domicile ou dans un établissement de soins pour des raisons médicalement justifiées et prouvées.
- **Maladie** : Toute altération de la santé médicalement constatée.
- **Maladie chronique** : Maladie qui évolue lentement et se prolonge.
- **Validité dans le temps** : Il s'agit de la période comprise entre la date de prise d'effet et la date de cessation de l'affiliation telle qu'elle est définie dans le contrat Complémentaire Santé du Groupe HP.

② PRESTATIONS ASSISTANCE SANTÉ

②.1 INFORMATIONS SANTÉ

②.1.1 EN CAS D'ACCIDENT ET D'URGENCE MÉDICALE

En cas d'accident et d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant. Toutefois, en cas de difficultés, Gan Assistance est là pour vous communiquer les coordonnées de ces services publics.

2.1.2 RENSEIGNEMENTS SANTÉ

À la demande de l'adulte bénéficiaire et sur simple appel téléphonique, Gan Assistance recherche et lui communique les renseignements « Santé » qu'il désire. Ces renseignements concernent :

- ⇒ les hôpitaux et cliniques,
- ⇒ les médecins généralistes et spécialistes,
- ⇒ les médicaments,
- ⇒ les urgences (centre anti-poison, ...),
- ⇒ les soins de beauté et esthétiques (sauna, UVA...),
- ⇒ la grossesse, l'accouchement,
- ⇒ les maladies infantiles,
- ⇒ l'alimentation,
- ⇒ le tabac,
- ⇒ la prévention dentaire,
- ⇒ les cures thermales et la thalassothérapie,
- ⇒ les associations diverses (diabétiques, paralysés, ...),
- ⇒ le régime social de base (droits et remboursements),
- ⇒ la santé en voyage (hygiène particulière, vaccins, équivalence de médicaments, les formulaires de Sécurité sociale pour le voyage (E 111)).

En aucun cas les renseignements ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches : Gan Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 heures.

La responsabilité de Gan Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements que l'adulte bénéficiaire aura demandés.

Exclusions : Dans tous les cas, Gan Assistance s'interdit toute consultation, diagnostics ou prescription médicale.

2.2 MISE EN RELATION AVEC DES BABY-SITTERS

Lorsqu'un bénéficiaire souhaite, pour convenance personnelle, faire garder ses enfants, Gan Assistance le met en relation et organise des rendez-vous avec les prestataires de son réseau national de baby-sitters. **Les frais de garde sont à la charge du bénéficiaire.**

2.3 IMMOBILISATION TEMPORAIRE D'UN ADULTE BÉNÉFICIAIRE

En cas d'immobilisation temporaire d'un adulte bénéficiaire, médicalement justifiée et prouvée par un certificat médical descriptif, d'une durée au moins égale à 8 jours consécutifs à son domicile ou 2 jours consécutifs pour une hospitalisation, Gan Assistance organise et prend en charge, dès le premier jour, les prestations suivantes :

2.3.1 AIDE MÉNAGÈRE À DOMICILE

Dans le cas où l'adulte bénéficiaire ne peut effectuer lui-même les tâches ménagères habituelles, Gan Assistance recherche et missionne dans la limite des disponibilités locales, une aide ménagère pour effectuer les tâches indispensables de la vie quotidienne. Cette personne assistera l'adulte bénéficiaire à raison de 4 heures consécutives par jour, dans une tranche horaire de 8 heures à 19 heures, du lundi au vendredi, hors jours fériés, pendant la durée de l'immobilisation, avec un maximum de 20 heures.

Cette prestation est accordée au maximum 2 fois par an et par adulte bénéficiaire.

2.3.2 LIVRAISON DE REPAS ET MÉDICAMENTS

Dans la limite des disponibilités locales et pour la durée de l'immobilisation, Gan Assistance organise et prend en charge la livraison :

- de deux repas par jour, pendant 15 jours maximum,
- des médicaments prescrits par le médecin à concurrence de 2 livraisons.

Le coût des repas et le montant des médicaments restent à la charge de l'adulte bénéficiaire.

Cette prestation est accordée au maximum 2 fois par an et par adulte bénéficiaire.

2.3.3 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Ce service fonctionne du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures. Si le bénéficiaire ou un membre de sa famille se trouve dans une situation d'angoisse brutale et grave, Gan Assistance organise et prend en charge des entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien. **Le nombre total d'entretiens téléphoniques ne peut être supérieur à 4 séances par personne et par événement.**

Cette prestation est accordée au maximum 2 fois par an et par adulte bénéficiaire.

2.3.4 GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

Si aucune personne de l'entourage du bénéficiaire ne peut s'occuper de ses animaux domestiques (chien, chat), à condition qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires :

- Gan Assistance prend en charge les frais de garde et de nourriture, à l'extérieur, à concurrence de 8 € par jour maximum et pendant une période de 10 jours consécutifs au maximum.

ou bien

- Gan Assistance organise et prend en charge le transport de l'animal jusqu'au domicile d'un proche choisi par le bénéficiaire, situé à moins de 100 km de son domicile en France métropolitaine.

Cette prestation est accordée au maximum 2 fois par an et par adulte bénéficiaire.

2.3.5 CONDUITE DES ENFANTS À L'ÉCOLE – Domicile/École/Domicile –

Gan Assistance organise et prend en charge le transport quotidien à raison de 2 fois par jour, des enfants scolarisés à charge âgés de moins de 15 ans et prend en charge les frais ainsi occasionnés pendant 5 jours maximum.

Cette prestation est accordée au maximum 2 fois par an et par adulte bénéficiaire.

2.3.6 Soit : FRAIS DE TRANSPORT ET D'HÉBERGEMENT D'UN PROCHE

Soit : TRANSFERT ACCOMPAGNÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS JUSQU'AU DOMICILE D'UN PROCHE, DÉSIGNÉ PAR LA MÈRE OU LE PÈRE ET DONT LE DOMICILE EST SITUÉ EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Soit : GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

De plus, Gan Assistance organise et prend en charge, dès le premier jour de l'immobilisation d'un adulte bénéficiaire et pendant la durée de l'immobilisation, l'une des 3 prestations suivantes :

2.3.6.1 FRAIS DE TRANSPORT ET D'HÉBERGEMENT D'UN PROCHE :

Gan Assistance organise, dès le premier jour, la venue d'une personne désignée par l'adulte bénéficiaire pour lui apporter une aide au quotidien. Dans ce cas, Gan Assistance prend en charge :

- les frais de transport Aller/Retour de cette personne résidant en France métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco ou dans un département, une région ou une collectivité d'Outre Mer ou bien résidant dans le pays limitrophe, à moins de 100 km du domicile de l'adulte bénéficiaire, s'il est frontalier. Gan Assistance organise et prend en charge les frais de transport Aller/Retour sur la base d'un billet de train 1ère classe ou d'avion classe tourisme et dans la limite de 305 €.
- les frais d'hébergement en hôtel, de la personne désignée par l'adulte bénéficiaire qui se rend sur place, et ce pendant la durée de l'hospitalisation, dans la limite de 100 € par nuit dans la limite de 5 nuits. Les frais de restauration de cette personne restent à sa charge.

Cette prestation est accordée au maximum 2 fois par an et par adulte bénéficiaire.

2.3.6.2 TRANSFERT ACCOMPAGNÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS JUSQU'AU DOMICILE D'UN PROCHE, DÉSIGNÉ PAR LEUR MÈRE OU PÈRE ET DONT LE DOMICILE EST SITUÉ EN FRANCE MÉTROPOLITAINE :

Afin d'accompagner les enfants de moins de 15 ans chez un proche désigné par leur mère ou père, Gan Assistance prend en charge les frais de transport Aller/Retour du ou des enfants de moins de 15 ans et du proche désigné résidant en France métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco ou bien résidant dans le pays limitrophe, à moins de 100 km du domicile de l'adulte bénéficiaire, s'il est frontalier.

Gan Assistance organise et prend en charge les frais de transport Aller/Retour sur la base d'un billet de train 1ère classe ou d'avion classe tourisme et dans la limite de 305 €.

L'accompagnement est effectué soit par le proche chez qui l'enfant doit être acheminé, soit par une personne compétente mise à sa disposition.

Cette prestation est accordée au maximum 2 fois par an et par adulte bénéficiaire.

2.3.6.3 GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS :

Gan Assistance se charge de rechercher et d'envoyer au domicile de l'adulte bénéficiaire une personne afin de garder son ou ses enfants âgés de moins de 15 ans.

Délai de mise en place : Dès réception de l'appel du bénéficiaire, Gan Assistance mettra tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que le garde soit au domicile le plus rapidement possible. Toutefois Gan Assistance se réserve un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

Gan Assistance organise de 7 h 30 à 19 h 30 (sauf dimanches et jours fériés) la garde de l'enfant à son domicile. Le coût de cette garde est pris en charge, dans la limite des disponibilités locales et à concurrence de 12 heures par jour pendant 5 jours maximum. Il peut être envisagé d'utiliser le prestataire habituel du bénéficiaire pour la garde d'enfant. En tout état de cause, l'appel préalable à Gan Assistance demeure strictement nécessaire et la durée de l'intervention reste déterminée par Gan Assistance en fonction de la situation.

La prise en charge du transport du garde de l'enfant sur place est supportée par Gan Assistance.

Cette garde est effectuée pendant l'absence pour raison professionnelle d'un ou des parents. Le garde de l'enfant prendra et quittera ses fonctions en présence d'un membre de la famille.

Les frais de nourriture et de soins de l'enfant restent à la charge du bénéficiaire.

Le garde de l'enfant n'est pas compétent pour dispenser des soins autres que ceux qui sont généralement apportés par l'entourage familial de l'enfant. Tout acte médical sera effectué sous le contrôle et la responsabilité du médecin prescripteur.

Permanences des heures de service : Ce service fonctionne du lundi au samedi de 7 h 30 à 19 h 30, à l'exception des dimanches et jours fériés. Toutefois, le bénéficiaire peut joindre Gan Assistance 24h/24, 7 jours sur 7 afin de formuler sa demande.

Exécution du service : Cette garantie est accordée en fonction des disponibilités locales. Les prestations sont du ressort exclusif de Gan Assistance. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire ne sera remboursée.

Cette prestation est accordée au maximum 2 fois par an et par adulte bénéficiaire.

Une seule de ces prestations est accordée au maximum 2 fois par an et par adulte bénéficiaire.

2.4 EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès, Gan Assistance organise et prend en charge les prestations suivantes :

2.4.1 EN CAS DE DÉCÈS DU BÉNÉFICIAIRE OU D'UN MEMBRE DE SA FAMILLE – INFORMATION ET CONSEIL OBSÈQUES

Ce service fonctionne du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures. Sur simple appel téléphonique, Gan Assistance communique aux membres de la famille de la personne décédée tous les renseignements concernant l'organisation des obsèques du défunt et la succession. L'information porte sur les thèmes suivants :

- **Le décès :** le décès à l'hôpital, à domicile, les morts particulières, la constatation du décès, les prélèvements d'organes, les dons d'organes, la conservation et le transport du corps, les chambres funéraires.
- **Les obsèques :** les sociétés de pompes funèbres et de marbrerie funéraire, l'organisation des pompes funèbres en France, la préparation des obsèques, la toilette du défunt, le choix du cercueil et des accessoires, les voitures funéraires, les concessions, la crémation, les différents rites et cérémonies religieuses.
- **Les démarches immédiates :** le règlement des frais d'obsèques, l'apposition des scellés, le sort des avoirs financiers et des biens détenus par le défunt (règles applicables et démarches à effectuer), les formalités auprès des organismes (administration fiscale, caisses de retraite, employeur, établissements financiers, Sécurité Sociale, ...).
- **La succession :**
 - le règlement de la succession : les options offertes aux héritiers et leurs conséquences (acceptation de la succession, acceptation sous bénéfice d'inventaire) ;
 - les règles de répartition de la succession : l'ordre de succession, les modalités d'attribution, les règles applicables, générales et particulières à certaines situations (représentation, fente, enfants adoptés, décès simultanés, transmission des droits de propriété littéraire et artistique, ...), la position du conjoint survivant.

2.4.2 EN CAS DE DECES D'UN ADULTE BÉNÉFICIAIRE

2.4.2.1 AIDE MÉNAGÈRE À DOMICILE

Dans le cas où le conjoint, partenaire ou concubin survivant ne peut effectuer lui-même les tâches ménagères habituelles, Gan Assistance recherche et missionne dans la limite des disponibilités locales, une aide ménagère pour effectuer les tâches indispensables de la vie quotidienne. Cette personne assistera l'adulte bénéficiaire survivant à raison de 4 heures consécutives par jour, dans une tranche horaire de 8 heures à 19 heures, du lundi au vendredi, hors jours fériés, pendant la durée de l'immobilisation, avec un maximum de 16 heures.

2.4.2.2 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Ce service fonctionne du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures. Si un membre de la famille de l'adulte bénéficiaire décédé se trouve dans une situation d'angoisse brutale et grave, Gan Assistance organise et prend en charge des entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien. **Le nombre total d'entretiens téléphoniques ne peut être supérieur à 4 séances par personne et par événement.**

2.4.2.3 GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

Si aucune personne de l'entourage de l'adulte bénéficiaire décédé ne peut s'occuper de ses animaux domestiques (chien, chat), à condition qu'ils aient reçu les vaccinations obligatoires :

- Gan Assistance prend en charge les frais de garde et de nourriture, à l'extérieur, à concurrence de 8 € par jour maximum et pendant une période de 10 jours consécutifs au maximum.
- ou bien
- Gan Assistance organise et prend en charge le transport de l'animal jusqu'au domicile d'un proche choisi par la famille de l'adulte bénéficiaire décédé, situé à moins de 100 km de son domicile en France métropolitaine.

2.4.2.4 Soit : VENUE ET FRAIS D'HÉBERGEMENT D'UN PROCHE

Soit : TRANSFERT ACCOMPAGNÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS JUSQU'AU DOMICILE D'UN PROCHE, DÉSIGNÉ PAR LA MÈRE OU LE PÈRE ET DONT LE DOMICILE EST SITUÉ EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Soit : GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

De plus, Gan Assistance organise et prend en charge, en cas de décès d'un adulte bénéficiaire ayant un ou des enfants âgés de moins de 15 ans et pendant la durée de l'immobilisation, **l'une des 3 prestations suivantes :**

2.4.2.4.1 VENUE ET FRAIS D'HÉBERGEMENT D'UN PROCHE :

En cas de décès d'un adulte bénéficiaire, Gan Assistance organise et prend en charge la venue d'un proche désignée par la famille du bénéficiaire. Dans ce cas, Gan Assistance prend en charge :

- les frais de transport Aller/Retour de cette personne résidant en France métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco ou dans un département, une région ou une collectivité d'Outre Mer ou bien résidant dans le pays limitrophe, à moins de 100 km du domicile de l'adulte bénéficiaire décédé, s'il est frontalier. Gan Assistance organise et prend en charge les frais de transport Aller/Retour sur la base d'un billet de train 1^{ère} classe ou d'avion classe tourisme et dans la limite de 305 €.
- les frais d'hébergement en hôtel, d'un proche qui se rend sur place, dans la limite de 60 € par nuit dans la limite de 2 nuits. **Les frais de restauration de cette personne restent à sa charge.**

2.4.2.4.2 TRANSFERT ACCOMPAGNÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS JUSQU'AU DOMICILE D'UN PROCHE, DÉSIGNÉ PAR LEUR MÈRE OU PÈRE ET DONT LE DOMICILE EST SITUÉ EN FRANCE MÉTROPOLITAINE :

Afin d'accompagner les enfants de moins de 15 ans chez un proche désigné par leur famille, Gan Assistance prend en charge les frais de transport Aller/Retour du ou des enfants de moins de 15 ans et du proche désigné résidant en France métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco ou bien résidant dans le pays limitrophe, à moins de 100 km du domicile de l'adulte bénéficiaire décédé, s'il est frontalier.

Gan Assistance organise et prend en charge les frais de transport Aller/Retour sur la base d'un billet de train 1^{ère} classe ou d'avion classe tourisme et dans la limite de 305 €.

L'accompagnement est effectué soit par le proche chez qui l'enfant doit être acheminé, soit par une personne compétente mise à sa disposition.

● 4.2.4.3 GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS :

Gan Assistance organise de 7 h 30 à 19 h 30 (sauf dimanches et jours fériés) la garde au domicile, des enfants à charge âgés de moins de 15 ans, dans la limite des disponibilités locales et prend en charge les frais ainsi occasionnés à concurrence de 15 heures et avec un maximum de 8 heures par jour.

Une seule de ces prestations est accordée au maximum par an.

● 5 IMMOBILISATION TEMPORAIRE D'UN ENFANT BÉNÉFICIAIRE ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS

En cas d'immobilisation temporaire d'un enfant bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, médicalement justifiée et prouvée par un certificat médical descriptif, Gan Assistance organise et prend en charge, dès le premier jour et pendant la durée de l'immobilisation, l'une des 4 prestations suivantes.

UNE SEULE DE CES 4 PRESTATIONS EST ACCORDÉE 2 FOIS PAR AN ET PAR ENFANT À CHARGE DU BÉNÉFICIAIRE.

Délai de mise en place : Dès réception de l'appel du bénéficiaire, après la visite du médecin traitant, Gan Assistance mettra tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que le garde malade soit au domicile le plus rapidement possible. Toutefois Gan Assistance se réserve un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant malade ou blessé.

Conditions médicales et administratives : La garantie s'applique sous réserve que l'enfant ait reçu la visite préalable d'un médecin. Dans tous les cas Gan Assistance se réserve le droit de réclamer au bénéficiaire le certificat médical indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le bénéficiaire devra impérativement communiquer à la personne intervenant sur place, et à Gan Assistance, les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte que les services d'assistance ou le garde-malade puissent, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui.

D'autre part le bénéficiaire s'engage également à communiquer au garde-malade et à Gan Assistance les coordonnées des services d'urgence locaux.

Les frais de nourriture et de soins de l'enfant restent à la charge du bénéficiaire.

● 5.1 SOIT : PRÉSENCE D'UN PROCHE

Afin de permettre au bénéficiaire de poursuivre son activité professionnelle, Gan Assistance organise et prend en charge, dès le premier jour, la venue d'une personne désignée par celui-ci pour apporter une aide au quotidien à l'enfant âgé de moins de 18 ans, temporairement immobilisé. Dans ce cas, Gan Assistance organise et prend en charge les frais de transport Aller/Retour de cette personne résidant en France métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco ou dans un département, une région ou collectivité d'Outre Mer ou bien résidant dans le pays limitrophe, à moins de 100 km du domicile du bénéficiaire, s'il est frontalier, et ce sur la base d'un billet de train 1^{ère} classe ou d'avion classe tourisme et dans la limite de 305 €.

● 5.2 FRAIS D'HÉBERGEMENT D'UN PROCHE :

Gan Assistance prend en charge, dès le premier jour, les frais d'hébergement en hôtel, d'un proche désigné par le bénéficiaire, qui se rend sur place pour apporter une aide au quotidien à l'enfant âgé de moins de 18 ans, temporairement immobilisé, dans la limite de 100 € par nuit et de 5 nuits au maximum. **Les frais de restauration de cette personne restent à sa charge.**

● 5.3 SOIT : GARDE DES ENFANTS

Gan Assistance se charge de rechercher et d'envoyer au domicile de l'adulte bénéficiaire un garde-malade afin de garder son ou ses enfants malades ou blessés âgés de moins de 18 ans. Gan Assistance organise de 7 h 30 à 19 h 30 (sauf dimanches et jours fériés) la garde de l'enfant à son domicile. Le coût de cette garde est pris en charge dans la limite des disponibilités locales et à concurrence de 12 heures consécutives par jour pendant 5 jours consécutifs maximum.

Il peut être envisagé d'utiliser le prestataire habituel du bénéficiaire pour la garde d'enfant. En tout état de cause, l'appel préalable à Gan Assistance demeure strictement nécessaire et la durée de l'intervention reste déterminée par Gan Assistance en fonction de la situation.

La prise en charge du transport du garde malade sur place est supportée par Gan Assistance.

Cette garde est effectuée pendant l'absence pour raison professionnelle d'un ou des parents.

Le garde-malade prendra et quittera ses fonctions en présence d'un membre de la famille.

Les frais de nourriture et de soins de l'enfant restent à la charge du bénéficiaire.

Le garde-malade n'est pas compétent pour dispenser des soins autres que ceux qui sont généralement apportés par l'entourage familial de l'enfant.

Tout acte médical sera effectué sous le contrôle et la responsabilité du médecin prescripteur.

Permanences des heures de service : Ce service fonctionne du lundi au samedi de 7 h 30 à 19 h 30, à l'exception des dimanches et jours fériés. Toutefois, le bénéficiaire peut joindre Gan Assistance 24h/24, 7 jours sur 7 afin de formuler sa demande.

Exécution du service : Cette garantie est accordée en fonction des disponibilités locales. Les prestations sont du ressort exclusif de Gan Assistance. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire ne sera remboursée.

Le garde n'est pas compétent pour dispenser des soins médicaux autres que ceux qui sont généralement apportés par l'entourage familial de l'enfant.

2.5.4 SOIT : L'ÉCOLE CONTINUE

Gan Assistance fournit une aide pédagogique à partir du 15^{ème} jour d'absence scolaire dans les matières principales. Ce service permet à tout enfant scolarisé, du cours préparatoire au bac, de recevoir une aide pédagogique en cas de maladie ou d'accident l'immobilisant à son domicile ou en milieu hospitalier (sous réserve de l'accord de l'établissement hospitalier, du médecin et du personnel soignant) et entraînant une absence supérieure à 14 jours consécutifs de cours (soit 2 semaines d'absence scolaire). Les cours sont pris en charge par Gan Assistance à concurrence de 15 heures par semaine, tous cours confondus.

La durée de la garantie : La garantie s'applique à compter du 15^{ème} jour d'absence scolaire de l'enfant sans qu'il y ait eu reprise des cours. Les 14 jours constituent une franchise absolue. La garantie est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire, selon les zones définies par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle ne joue pas durant les vacances scolaires, les samedis, dimanches et jours fériés.

Les conditions médicales nécessaires à la mise en œuvre de la garantie : La durée présumée de l'immobilisation sera indiquée sur un certificat médical qui sera adressé au médecin de Gan Assistance, lequel se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi ledit certificat.

Le délai de mise en place : Dès réception de la demande du bénéficiaire, Gan Assistance mettra tout en œuvre afin qu'un répétiteur scolaire soit au domicile de l'enfant le plus rapidement possible. Toutefois, à compter de la réception de la demande, un délai maximum de 2 jours peut être demandé pour rechercher le répétiteur scolaire qui assurera les cours de l'enfant malade ou blessé. Ce délai s'entend hors samedis, dimanches et jours fériés.

Le déroulement de la garantie « l'école continue » : À partir 15^{ème} jour d'absence scolaire des cours, un répétiteur scolaire est envoyé au domicile de l'enfant. Ce répétiteur scolaire permet à l'enfant, grâce à des cours particuliers, de poursuivre sa scolarité dans les matières suivantes : langues étrangères (langues des Etats de l'Union Européenne), français, physique/chimie, technologie, mathématiques, histoire, géographie, biologie.

Ce ou ces répétiteurs scolaires habilités à donner des cours du niveau de la classe de l'enfant, sont autorisés par le bénéficiaire à prendre contact si cela s'avère nécessaire, avec l'établissement scolaire de l'enfant afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels de cet enfant l'étendue du programme à étudier.

Les cours sont pris en charge, dans le cadre de cette garantie, à concurrence de 15 heures par semaine, tous cours confondus. Ces 15 heures sont fractionnables à raison de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire. **Si des cours sont demandés pour l'enfant au-delà de 15 heures par semaine, ils seront à la charge du bénéficiaire.**

La garantie cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours. Elle cesse en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

UNE SEULE DE CES 4 PRESTATIONS EST ACCORDÉE 2 FOIS PAR AN ET PAR ENFANT À CHARGE DU BÉNÉFICIAIRE.

2.6 POURSUITE DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DU BÉNÉFICIAIRE

En cas de décès ou de maladie de la nourrice agréée employée en contrat à durée indéterminée chez le bénéficiaire ou gardant l'enfant âgé de moins de 15 ans à charge du bénéficiaire à son propre domicile, médicalement justifiée et prouvée par un certificat médical descriptif, d'une durée au moins égale à :

- 10 jours consécutifs d'arrêt maladie;

- 4 jours consécutifs pour une hospitalisation ;

Gan Assistance organise et prend en charge, dès le premier jour, l'une des prestations suivantes :

2.6.1 Soit : PRÉSENCE D'UN PROCHE

Gan Assistance organise, dès le premier jour d'arrêt ou dès la date du décès, la venue d'une personne désignée par l'adulte bénéficiaire pour lui apporter une aide au quotidien. Dans ce cas, Gan Assistance prend en charge les frais de transport Aller/Retour de cette personne résidant en France métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco ou dans un département, une région ou collectivité d'Outre Mer ou bien résidant dans le pays limitrophe, à moins de 100 km du domicile de l'adulte bénéficiaire, s'il est frontalier.

Gan Assistance organise et prend en charge les frais de transport Aller/Retour sur la base d'un billet de train 1ère classe ou d'avion classe tourisme et dans la limite de 305 €.

Cette prestation est accordée en France métropolitaine.

Cette prestation est accordée au maximum 2 fois par an et par bénéficiaire.

2.6.2 Soit : GARDE D'ENFANT À DOMICILE

Gan Assistance se charge de rechercher et d'envoyer au domicile du bénéficiaire une personne afin de garder son ou ses enfants âgés de moins de 15 ans. Cette prestation est accordée en France métropolitaine.

Dès réception de l'appel du bénéficiaire, après la visite du médecin traitant chez la nourrice, Gan Assistance mettra tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que le garde d'enfant soit au domicile du bénéficiaire le plus rapidement possible.

Toutefois, Gan Assistance se réserve un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

Gan Assistance organise de 7 h 30 à 19 h 30 (sauf dimanches et jours fériés) la garde de l'enfant à son domicile. Le coût de cette garde est pris en charge dans la limite des disponibilités locales et à concurrence de 12 heures par jour pendant 2 jours consécutifs maximum.

La prise en charge du transport du garde sur place est supportée par Gan Assistance.

Cette garde est effectuée pendant l'absence pour raison professionnelle d'un ou des parents.

Le garde prendra et quittera ses fonctions en présence d'un membre de la famille. D'autre part le bénéficiaire s'engage également à communiquer au garde et à Gan Assistance les coordonnées des services d'urgence locaux.

Dans tous les cas Gan Assistance se réserve le droit de réclamer au bénéficiaire un certificat médical justifiant l'absence de la nourrice pour maladie ainsi que la copie du contrat de travail de la nourrice.

Les frais de nourriture de l'enfant restent à la charge du bénéficiaire.

Permanences des heures de service : Ce service fonctionne du lundi au samedi de 7 h 30 à 19 h 30, à l'exception des dimanches et jours fériés. Toutefois, le bénéficiaire peut joindre Gan Assistance 24h/24, 7 jours sur 7 afin de formuler sa demande.

Exécution du service : Cette garantie est accordée en fonction des disponibilités locales. Les prestations sont du ressort exclusif de Gan Assistance. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire ne sera remboursée.

Le garde n'est pas compétent pour dispenser des soins médicaux autres que ceux qui sont généralement apportés par l'entourage familial de l'enfant.

Cette prestation est accordée au maximum 2 fois par an et par bénéficiaire.

2.6.3 LIVRAISON DES MÉDICAMENTS

Outre la prestation prévue au paragraphe 2.7.1 ou au paragraphe 2.7.2, en cas d'accident ou de maladie de la nourrice et dans la limite des disponibilités locales et pour la durée de l'immobilisation, Gan Assistance organise et prend en charge la livraison des médicaments prescrits par le médecin à concurrence de 2 livraisons.

Cette prestation est accordée au maximum 2 fois par an et par adulte bénéficiaire

2.6.4 EN CAS DE GRÈVE DANS L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE DE L'ENFANT

En cas de grève non prévue plus de 48 heures à l'avance dans l'établissement où se trouve scolarisé l'enfant à charge du bénéficiaire, Gan Assistance se charge de rechercher et d'envoyer au domicile du bénéficiaire une personne afin de garder son ou ses enfants âgés de moins de 15 ans. Cette prestation est accordée en France métropolitaine. Dès réception de l'appel du bénéficiaire, Gan Assistance mettra tout en oeuvre, sauf cas de force majeure, afin que le garde d'enfant soit au domicile du bénéficiaire le plus rapidement possible. Toutefois, Gan Assistance se réserve un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant. Gan Assistance organise de 7 h 30 à 19 h 30 (sauf dimanches et jours fériés) la garde de l'enfant à son domicile. Le coût de cette garde est pris en charge dans la limite des disponibilités locales et à concurrence de 12 heures maximum par jour pendant 1 journée maximum. La prise en charge du transport du garde sur place est supportée par Gan Assistance.

Cette garde est effectuée pendant l'absence pour raison professionnelle d'un ou des parents.

Le garde prendra et quittera ses fonctions en présence d'un membre de la famille. D'autre part le bénéficiaire s'engage également à communiquer au garde et à Gan Assistance les coordonnées des services d'urgence locaux.

Les frais de nourriture de l'enfant restent à la charge du bénéficiaire.

Permanences des heures de service : Ce service fonctionne du lundi au samedi de 7 h 30 à 19 h 30, à l'exception des dimanches et jours fériés. Toutefois, le bénéficiaire peut joindre Gan Assistance 24h/24, 7 jours sur 7 afin de formuler sa demande.

Exécution du service : Cette garantie est accordée en fonction des disponibilités locales. Les prestations sont du ressort exclusif de Gan Assistance. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire ne sera remboursée.

Le garde n'est pas compétent pour dispenser des soins médicaux autres que ceux qui sont généralement apportés par l'entourage familial de l'enfant.

Cette prestation est accordée au maximum 2 fois par an et par bénéficiaire.

3 EXCLUSIONS ASSISTANCE SANTÉ

Les garanties ASSISTANCE SANTÉ ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

3.1. EXCLUSIONS GÉNÉRALES

- Les actes intentionnels ou dolosifs du bénéficiaire et leurs conséquences.
- Les prestations qui n'ont pas été demandées et/ou qui n'ont pas été organisées par les soins de Gan Assistance ou avec son accord.
- Les conséquences et/ou dommages survenant dans les pays en état de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, les pays touchés par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée ou autres cataclysmes.
- Les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,qui ont fait l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou nationales.
- Les conséquences et /ou dommages résultant d'infractions à la législation française ou étrangère.
- L'utilisation par le bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne, d'engins de guerre et armes à feu.
- La participation du bénéficiaire à des paris, rixes (sauf cas de légitime défense).
- Les dommages consécutifs à des activités militaires ou para-militaires.

3.2. EXCLUSIONS MÉDICALES

- Les maladies chroniques et l'invalidité ou infirmité préexistante.
- Les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile inférieures à 8 jours consécutifs.

- Les hospitalisations prévisibles ou prévues plus de 5 jours à l'avance.
- Les conséquences de soins néo et post-natals.
- Les hospitalisations en établissement de moins de 48 heures.
- Les immobilisations au domicile inférieures à 8 jours consécutifs.
- Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance.
- Les maladies psychiatriques (dépressions, psychoses, névroses, troubles psychologiques divers), ainsi que les maladies ou déficiences mentales.
- L'usage de médicaments ou de toute substance hors prescription médicale, ainsi que l'abus d'alcool.

③.3. EXCLUSIONS AUTRES

Les garanties – exceptée la garantie Mise en relation avec des baby-sitters - ne sont pas conçues pour les convenances personnelles des bénéficiaires.

③.4. EXCLUSIONS SPECIFIQUES A LA GARANTIE « IMMOBILISATION TEMPORAIRE D'UN ENFANT » ET POURSUITE DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DU BÉNÉFICIAIRE

Outre les cas d'exclusion prévus ci-dessus, cette garantie ne fonctionne pas :

- le soir de 19 h 30 à 7 h 30 du matin,
- les dimanches et jour fériés,
- pendant les repos hebdomadaires et les congés légaux du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire ou concubin et de la nourrice employée et déclarée.
- pendant la présence au domicile d'un membre majeur de la famille.

II – ASSISTANCE À L’AFFILIÉ EN DÉPLACEMENT PROFESSIONNEL

① DÉFINITIONS ASSISTANCE A L’AFFILIÉ EN DÉPLACEMENT PROFESSIONNEL.

Ces garanties ont pour objet la mise en œuvre d'une assistance à l'affilié pour couvrir les conséquences d'une maladie imprévisible, d'un accident ou d'un décès, survenu pendant un **déplacement professionnel de l'affilié d'une durée inférieure à 90 jours consécutifs.**

Ces garanties sont accordées au seul affilié au contrat Complémentaire Santé du Groupe HP, à l'exclusion de son conjoint, partenaire ou concubin et de ses enfants.

Pour l'application de ces garanties, on entend par :

- **Accident** : Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.
- **Bagages** : Les effets et objets courants de voyage.
- **Bénéficiaire** : L'affilié au contrat Complémentaire Santé du Groupe HP.
- **Déplacement professionnel** : Déplacement pour raison professionnelle d'une durée inférieure à 90 jours.
- **Domicile** : Le lieu de résidence principale de l'affilié qu'il a déclaré à son employeur, situé en France métropolitaine, dans un département, une région ou une collectivité d'Outre Mer ou en Principauté d'Andorre ou de Monaco.
- **Gan Assistance organise** : Gan Assistance accomplit les démarches nécessaires afin que le bénéficiaire puisse avoir accès à la prestation.
- **Gan Assistance prend en charge** : Gan Assistance finance la prestation.
- **Hospitalisation** : Tout séjour non prescrit médicalement plus de 5 jours à l'avance, d'une durée au moins égale à 10 jours dans un établissement de soins public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie imprévisible ou de lésions résultant d'un accident.
- **Maladie** : Toute altération de la santé médicalement constatée.
- **Transport primaire** : Frais engendrés par le transport entre le lieu du sinistre et le centre médical ou hospitalier le plus proche, et les frais de retour entre le centre médical ou hospitalier et le lieu de séjour.
- **Validité dans le temps** : Il s'agit de la période comprise entre la date de prise d'effet et la date de cessation de l'affiliation telle qu'elle est définie dans le contrat Complémentaire Santé du Groupe HP.

② PRESTATIONS ASSISTANCE A L’AFFILIÉ EN DÉPLACEMENT PROFESSIONNEL.

②.1 AFFILIÉ MALADE OU BLESSÉ AU COURS D'UN DEPLACEMENT GARANTI

Gan Assistance organise et prend en charge le rapatriement de l'affilié au contrat Complémentaire Santé du Groupe HP à son domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez lui. Le rapatriement des bagages de l'affilié est également effectué dans la limite, en cas de transport aérien, du poids autorisé en tant que bagages accompagnés, par la compagnie aérienne ayant délivré le billet. **Les excédents de bagages ne sont pas pris en charge.**

La décision de rapatriement est prise par le médecin de Gan Assistance, après avis du médecin traitant occasionnel de l'affilié et éventuellement de son médecin de famille. **Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du rapatriement et le choix du moyen de transport.**

Le lieu d'hospitalisation est choisi en fonction des exigences médicales, en accord avec l'affilié ou son entourage.

②.2 EN CAS DE DÉCÈS D'UN AFFILIÉ LORS D'UN DEPLACEMENT GARANTI

Gan Assistance organise et prend en charge le rapatriement de corps de l'affilié au contrat Complémentaire Santé du Groupe HP jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine, dans un département, une région ou une collectivité d'Outre Mer ou en Principauté d'Andorre ou de Monaco, ou jusqu'à l'aéroport international le plus proche du lieu de l'événement en cas d'inhumation à l'étranger. Dans ce cadre, Gan Assistance prend en charge :

- les frais de transport du corps,
- les frais liés aux soins de conservation imposés par la législation applicable,
- les frais directement nécessités par le transport du corps (manutention, aménagements spécifiques au transport, conditionnement).

Tous les autres frais restent à la charge de la famille de l'affilié.

③.3 EN CAS D'INTERRUPTION DU DÉPLACEMENT GARANTI PAR L'AFFILIÉ EN RAISON D'UNE HOSPITALISATION OU DU DÉCÈS D'UN PROCHE

Lorsque l'un des proches de l'affilié (conjoint, partenaire, concubin, frère, sœur, ascendant, descendant au 1^{er} degré) est hospitalisé par suite d'accident ou de maladie imprévisible, pour une durée médicalement prescrite de plus de 10 jours, justifiée et prouvée, ou vient à décéder, et que l'affilié est dans l'obligation d'interrompre son déplacement professionnel, Gan Assistance organise et prend en charge le retour anticipé de l'affilié jusqu'au lieu de l'événement en France métropolitaine ou en Principauté d'Andorre ou de Monaco, ou jusqu'à son domicile, sur la base d'un billet (aller simple) de train 1^{ère} classe ou d'avion classe tourisme.

③ EXCLUSIONS ASSISTANCE A L'AFFILIÉ EN DÉPLACEMENT PROFESSIONNEL.

Les garanties Assistance à l'affilié en déplacement professionnel ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

③.1. EXCLUSIONS GÉNÉRALES

- Les actes intentionnels ou dolosifs de l'affilié au contrat Complémentaire Santé du Groupe HP et leurs conséquences.
- Les prestations qui n'ont pas été demandées au cours du déplacement garanti et/ou qui n'ont pas été organisées par les soins de Gan Assistance ou avec son accord.
- Les conséquences et/ou dommages survenant dans les pays en état de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, les pays touchés par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée ou autres cataclysmes.
- Les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui ont fait l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où le participant séjourne et/ou nationales de son pays d'origine.
- Les conséquences et /ou dommages résultant d'infractions à la législation française ou étrangère.
- L'utilisation par l'affilié d'appareils de navigation aérienne, d'engins de guerre et armes à feu.
- La participation de l'affilié à des paris, rixes (sauf cas de légitime défense).
- Les dommages consécutifs à des activités militaires ou para-militaires.
- Les déplacements d'une durée supérieure à 90 jours, et ce dès le premier jour,
- Les transports primaires et leurs frais.

③.2. EXCLUSIONS MÉDICALES

- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'affilié de poursuivre son déplacement.
- La ou les affections ayant motivé un déplacement pour exploration et/ou traitement, y compris dans le cadre des cures thermales, et les conséquences des soins ou explorations, délivrés pour convenance personnelle lors d'un déplacement et/ou ne présentant pas un caractère d'urgence.
- Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance, ainsi que les infirmités préexistantes.
- Les maladies psychiatriques (dépressions, psychoses, névroses, troubles psychologiques divers), connues auparavant, ainsi que les maladies ou déficiences mentales.
- L'usage de médicaments ou de toute substance hors prescription médicale, ainsi que l'abus d'alcool.
- Les frais de secours sur pistes et hors pistes.
- Les frais de recherche en mer, en montagne et dans le désert.

③.3. EXCLUSIONS AUTRES

Les garanties ne sont pas conçues pour les convenances personnelles de l'affilié.

III – DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES PRESTATIONS ASSISTANCE

① CONDITIONS D'APPLICATION ET DE MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

Seul l'appel téléphonique au moment de l'événement permet le déclenchement de l'assistance. Les prestations doivent être organisées par les soins de Gan Assistance ou avec son accord.

Toute demande d'assistance doit, sous peine d'irrecevabilité, être formulée directement par le bénéficiaire (ou toute personne agissant en son nom) en appelant Gan Assistance, 24h/24 et 7 jours/7 au :

DE FRANCE	
PAR TELEPHONE 01.55.98.57.05	PAR FAX (OU TELECOPIE) 01.45.16.63.92 ou 01.45.16.63.94
DE L'ÉTRANGER	
33.1.55.98.57.05 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international	33.1.45.16.63.92 ou 33.1.45.16.63.94 précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international

Le bénéficiaire (ou toute personne agissant en son nom) doit penser à rassembler les informations suivantes qui seront demandées lors de l'appel :

- les nom, prénoms, date de naissance et adresse du bénéficiaire,
- les nom et adresse de l'entreprise ayant souscrit le contrat Complémentaire Santé du Groupe HP et le numéro de protocole,
- le lieu et le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint,
- les contacts locaux (identité, numéro de téléphone...),
- la nature du problème.

Enregistrement des appels téléphoniques : Pour garantir la mise en place des prestations d'assistance et une qualité de service constante, les échanges téléphoniques font l'objet d'un enregistrement automatique, après information de la personne appelante.

Ces enregistrements sont exclusivement destinés à Gan Assistance auprès duquel s'exerce le droit d'accès et de rectification de l'adulte bénéficiaire.

L'affilié au contrat Complémentaire Santé du Groupe HP peut exercer ce droit en adressant sa demande par courrier à **Gan Assistance / Service Clientèle - 8-14 avenue des Frères Lumière - 94368 Bry-sur-Marne Cedex.**

② **RESPONSABILITÉ**

La responsabilité de Gan Assistance ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'évènements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engin, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique grave et l'évènement imprévisible d'origine naturelle.

Gan Assistance s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

③ **CADRE DE L'INTERVENTION**

Les garanties énoncées ci-avant ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Gan Assistance intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

Gan Assistance ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.

L'affilié doit permettre aux médecins de Gan Assistance l'accès à toute information médicale concernant la personne pour laquelle Gan Assistance intervient. Cette information sera traitée avec confidentialité et dans le respect du secret médical.

Gan Assistance se réserve le droit de demander à tout affilié de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, préalablement au missionnement, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'évènement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical descriptif adressé au Médecin-Conseil de Gan Assistance, bulletin d'hospitalisation,...).

Toute fraude, falsification ou faux témoignage entraîne automatiquement la nullité des garanties.

De même, Gan Assistance ne sera tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire, des infractions à la législation en vigueur en France métropolitaine.

Gan Assistance s'engage à utiliser tous les moyens normalement utilisés en matière d'assistance. La responsabilité de Gan Assistance ne peut être engagée en cas d'indisponibilité de ces moyens ou de leur absence dans la zone géographique de la demande d'intervention.

④ **ENGAGEMENTS FINANCIERS DE GAN ASSISTANCE**

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des prestations d'assistance énoncées ci-dessus ne peut donner lieu à remboursement que si Gan Assistance en a été prévenu préalablement. Les frais exposés seront alors remboursés sur justificatifs, dans la limite de ceux que Gan Assistance aurait engagés pour organiser le service.

Remboursement des titres de transport : **Si un affilié n'a pas utilisé un ou des titres de transport, du fait de son retour d'urgence, Gan Assistance demandera, dans le mois qui suit son retour, que le montant correspondant à ce(s) titre(s) de transport, sauf à lui justifier que ce(s) titre(s) n'est (ou ne sont) pas remboursables(s), lui soit adressé.**

⑤ **SUBROGATION**

Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge la société d'assistance et la compagnie d'assurance dans ses droits et actions, contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par eux en exécution des présentes garanties.

⑥ **PRESCRIPTION**

Toute action découlant des garanties « ASSISTANCE » est prescrite dans un délai de 2 ans à compter de la date de l'évènement qui lui donne naissance. La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ainsi que dans les cas suivants :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par l'assureur au bénéficiaire en ce qui concerne le paiement de la prime, par le bénéficiaire à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité),
- citation en justice (même en référé),
- commandement en saisie signifié à celui que l'on veut empêcher de prescrire.