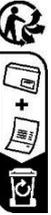


# ASSURANCES COLLECTIVES

## PLAN SANTE SUR MESURE

### BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION



Entité juridique contractante : ARFRIPS

Adresse du siège social : 10 RUE PIERRE BAIZET  
69009 LYON

Code intermédiaire 1 1 0 7 3 0 1 0 0

Nouvelle adhésion (N) / Modification (M) / Entrée de bénéficiaire (E) / Sortie de bénéficiaire (S) / Radiation (R)

N° de contrat : SA 1430869

Date d'effet de l'opération

#### Garanties

##### CONTRAT SOCLE n°2014.1001 – Assurance collective et obligatoire :

Bénéficiaires : ADHERENTS et AYANTS DROITS  
Tableau des garanties : cf. annexe 1  
Garantie Assistance : « Service plus »

##### CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE n°2014.1001 / F – Assurance collective et facultative :

Vous pouvez améliorer les garanties du contrat collectif et obligatoire en retenant :

Option 1 OU  Option 2 (l'option retenue s'applique à l'ensemble des membres à assurer)

Les cotisations applicables par bénéficiaire à l'option retenue figurent sur la grille tarifaire jointe au présent bulletin et vous seront confirmées dans la lettre d'acceptation.

#### Stipulations particulières

Définition des ayants droit :

- Le conjoint de l'adhérent assuré en nom propre ou n'exerçant aucune activité professionnelle et ne percevant aucun revenu ;
- L'enfant, de l'adhérent ou de son conjoint (sous réserve que le conjoint en ait la garde), légitime, adoptif, naturel (filiation légalement établie) ou recueilli, âgé de moins de 25 ans, qui remplit l'une des conditions suivantes :
  - être à la charge fiscale, de l'adhérent ou de son conjoint
  - poursuivre ses études et être régulièrement inscrit dans un établissement ;
  - être sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou stagiaire.

Par conjoint, on entend la personne :

- mariée et non séparée de corps judiciairement ;
- signataire d'un pacte civil de solidarité (conformément aux articles 515-1 et 515-2 du Code civil) ;
- en situation de concubinage (conformément à l'article 515-8 du Code civil).

Adhérent	Adresse
M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Sans civilité <input type="checkbox"/>	Bâtiment
Nom d'usage*	Numéro et rue*
Nom de naissance*	Lieu dit
Prénom*	Code postal*
Lieu de naissance*	Localité*
Célibataire (C) / Marié(e) (M) / Pacsé (P) / Concubin (K) / Veuf (V) / Divorcé (D) / Séparé (S)*	Adresse e-mail
Date d'embauche*	Téléphone
Profession*	(*) Mentions obligatoires
Cadre* <input type="checkbox"/> Non cadre* <input type="checkbox"/> Autre* (à préciser) <input type="checkbox"/>	Pour le bon suivi de votre adhésion, vous devez nous informer de tout changement d'adresse

Si vous avez communiqué à votre interlocuteur habituel une adresse de messagerie électronique ayant fait l'objet d'une vérification préalable par celui-ci, nous utiliserons cette adresse pour la poursuite de nos relations afin de vous adresser certaines informations ou documents relatifs à votre contrat. Vous disposez du droit de vous opposer, à tout moment, par tout moyen et sans frais, à l'utilisation d'un support durable autre que le papier et pouvez demander qu'un support papier soit utilisé de façon exclusive pour la poursuite de nos relations.

Vous avez la faculté de vous inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique. Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel et tout intermédiaire agissant pour son compte, de vous démarcher téléphoniquement, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes. Si vous êtes client, cette inscription ne fera pas obstacle à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques pour vous présenter une offre ou une nouveauté sur les produits ou services de l'assureur afférents ou complémentaires à l'objet de vos contrats en cours ou de nature à améliorer leurs performances ou leur qualité.

#### Membres à assurer : adhérent et ayants droit

	Titre / Nom / Prénom	Date de naissance	Régime de base <sup>(1)</sup>	Etudiant <sup>(2)</sup>	Opposition télétrans <sup>(3)</sup>
Adhérent					
N° Sécurité sociale		Code CPAM <sup>(4)</sup>			

ASSURANCES COLLECTIVES  
**PLAN SANTE SUR MESURE**  
BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION

Conjoint	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° Sécurité sociale	<input type="text"/>	Code CPAM <sup>(4)</sup>	<input type="text"/>
Enfant 1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° Sécurité sociale	<input type="text"/>	Code CPAM <sup>(4)</sup>	<input type="text"/>
Enfant 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° Sécurité sociale	<input type="text"/>	Code CPAM <sup>(4)</sup>	<input type="text"/>
Enfant 3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° Sécurité sociale	<input type="text"/>	Code CPAM <sup>(4)</sup>	<input type="text"/>

(1) Régime de base Général (GE) / Alsace-Moselle (LO) / TNS (IN) / Agricole Général (AG) / Agricole Alsace-Moselle (AL) / Autre régime de base (AU)

(2) Si étudiant, cochez cette case

(3) Si vous êtes opposé à la télétransmission, cochez cette case. Vous devrez alors nous faire parvenir le décompte de vos prestations santé établi par la CPAM pour obtenir vos remboursements

(4) Code de l'organisme d'affiliation figurant sur l'attestation « papier » de droits à l'assurance maladie jointe à la Carte Vitale.

**Pièces à joindre**

- Photocopie de l'attestation accompagnant la carte vitale pour tous les bénéficiaires assurés
- Relevé d'identité bancaire avec les mentions IBAN et BIC

**Mandat de prélèvement SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ACM IARD SA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ACM IARD SA .

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Type de prélèvement	Récurrent : le mandat s'applique au recouvrement des sommes afférentes aux achats effectués au moyen de la Carte Avance Santé et, le cas échéant, aux cotisations afférentes au contrat et aux sommes perçues à tort au titre du contrat
Identifiant Créancier SEPA de ACM IARD	FR74ZZZ008087
Votre compte ( à compléter)	IBAN FR <input type="text"/>
	BIC <input type="text"/>
Référence unique de mandat	<i>communiquée ultérieurement dans la lettre d'acceptation</i>

Les informations personnelles contenues dans le présent mandat sont réservées au créancier et la banque désignée. Elles ne sont pas utilisées à des fins autres que celles décrites dans le mandat.

Ce document vaut notification préalable de la présentation de l'ensemble des prélèvements opérés au titre du présent contrat. La signature de ce document vaut également acceptation du Mandat de prélèvement SEPA inclus dans ce document.

**Déclarations de l'adhérent**

L'Adhérent reconnaît avoir reçu, pris connaissance et accepté, préalablement à l'adhésion au contrat, tous les documents d'information précontractuelle et contractuelle lui permettant de s'engager en parfaite connaissance de cause :

- le document d'information normalisé (IPID) référencé 16.54.31 – 01/2023 (si garanties responsables)
- la notice d'information détaillée ainsi que les annexes des contrats SOCLE n°2014.1001 et SURCOMPLEMENTAIRE n°2014.1001 / F référencée 16.46.77 – 01/2023 ainsi que les Conditions Générales d'Utilisation de la carte Avance Santé et de la Convention d'assistance annexées,
- le tableau des garanties (joint en annexe),
- la grille des tarifs applicable au contrat SURCOMPLEMENTAIRE n°2014.1001 / F (joint en annexe),
- le règlement des prestations (joint en annexe),

L'adhérent reconnaît la valeur contractuelle des documents mentionnés ci-dessus.

L'Adhérent atteste de par sa signature, que les renseignements et réponses consignés sur ce document sont exacts, complets et sincères et qu'il n'a rien dissimulé.

ASSURANCES COLLECTIVES  
**PLAN SANTE SUR MESURE**  
BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION

Il est rappelé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner les sanctions prévues à l'article L.113-8 du Code des assurances.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 susvisée, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

L'adhérent accepte que les données relatives à son adhésion soient mises à sa disposition via Internet par le biais d'un Espace assurances sécurisé. Il reconnaît avoir pris connaissance et accepté les conditions d'utilisation de cet Espace assurances.

Disposition spécifique au contrat SURCOMPLEMENTAIRE n°195.4528/ F: l'adhérent reconnaît avoir été informé qu'il dispose, en cas de démarchage ou de vente à distance, d'un délai de renonciation de 14 jours à compter de la conclusion de l'adhésion ou de la réception des informations obligatoires et conditions contractuelles si cette date est postérieure. Il demande expressément l'exécution de son contrat d'assurance à la date de prise d'effet choisie, le cas échéant sans attendre l'expiration du délai de renonciation de 14 jours.

**L'adhésion est conclue pour une durée minimum de douze mois. Elle vient à échéance le 31 décembre de chaque année et se renouvelle tous les 1er janvier par tacite reconduction, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions prévues par la notice d'information.**

L'Adhérent trouvera dans la notice d'information ainsi que sur acm.fr de plus amples renseignements quant à l'utilisation de ses données personnelles et l'exercice de ses droits.

Le taux de sinistralité s'élève à 76 %. Ce taux correspond au ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Les frais de gestion s'élèvent à 23 %. Ce taux correspond au ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

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

Fait à \_\_\_\_\_

en un exemplaire, le \_\_\_\_\_

L'adhérent  
(Faire précéder la signature  
de la mention manuscrite "Lu et  
approuvé")

# Annexe 1 : Tableau des garanties

Ce document fait partie intégrante du contrat et de la Notice d'information.

Sauf mention contraire :

- les forfaits sont versés par année civile (période comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre) et par bénéficiaire. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année d'assurance suivante, ni sur un autre bénéficiaire.
- les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale et s'entendent remboursement du régime de base compris. Nos remboursements sont versés dans la limite des frais engagés.

GARANTIES	SOCLE	OPTION 1	OPTION 2
		Les garanties incluent les prestations du socle	
 <b>HOSPITALISATIONS</b>			
<b>Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale</b>			
- Frais de séjour			
- Secteur conventionné	300%	350%	400%
- Secteur non conventionné	300%	350%	400%
- Honoraires			
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	300%	350%	400%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	200%	200%	200%
<b>Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale</b>			
- Forfait journalier hospitalier	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait
- Participation forfaitaire actes lourds	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait
- Forfait patient urgence	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait
- Chambre particulière			
- Secteur conventionné	3 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour
- Secteur non conventionné	3 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour
- Frais d'accompagnement (au sein de l'établissement)			
- Secteur conventionné	3 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour
- Secteur non conventionné	3 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour	3 % PMSS / jour
- Assistance	Oui	Oui	Oui
<sup>(1)</sup> Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (Optam) ; Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (Optam-CO).			
 <b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale</b>			
- Honoraires médicaux :			
Consultations, téléconsultations et visites de médecins généralistes			
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	100%	150%	200%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	100%	130%	180%
Consultations, téléconsultations et visites de médecins spécialistes			
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	220%	300%	350%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	200%	200%	200%
Actes techniques médicaux			
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	170%	220%	270%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	150%	200%	200%
Imagerie, radiologie, échographie			
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	170%	220%	270%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	150%	200%	200%
- Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	100%	100%	100%
- Accompagnement psychologique <sup>(2)</sup>	100% (max 8 séances / année civile)	100% (max 8 séances / année civile)	100% (max 8 séances / année civile)
- Analyses et examens de laboratoire	250%	300%	350%
- Médicaments	100%	100%	100%
- Matériel médical (hors aides auditives)	200%	250%	300%
- Transport	175%	225%	275%
- Cure thermique	100%	150%	200%
- Actes de prévention (Art. L 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale)	100%	100%	100%
<b>Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale</b>			
- Participation forfaitaire actes lourds	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait
<sup>(1)</sup> Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (Optam) ; Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (Optam-CO).			
<sup>(2)</sup> Tel que défini réglementairement. Liste des psychologues sur <a href="https://monpsy.sante.gouv.fr">https://monpsy.sante.gouv.fr</a>			
GARANTIES	SOCLE	OPTION 1	OPTION 2
		Les garanties incluent les prestations du socle	
 <b>AIDES AUDITIVES</b>			
<b>Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale</b>			
- Equipement <b>100% SANTE</b> <sup>(1)</sup>	Intégralement remboursé <sup>(2)</sup>		
- Equipement <b>LIBRE</b> <sup>(3)</sup>			
Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité <sup>(4)</sup>	100% + 45% P.M.S.S./oreille	100% + 45% P.M.S.S./oreille	100% + 45% P.M.S.S./oreille
Bénéficiaire de 20 ans et plus	100% + 45% P.M.S.S./oreille	100% + 45% P.M.S.S./oreille	100% + 45% P.M.S.S./oreille
 La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition du précédent équipement, et s'entend pour chaque oreille indépendamment. Le remboursement ne pourra excéder 1 700 € par oreille, Sécurité sociale comprise.			
- Piles et autres consommables <sup>(5)</sup>	100%	100%	100%
<sup>(1)</sup> Tels que définis réglementairement			
<sup>(2)</sup> Dans la limite des prix limites de vente (PLV) : le montant est fixé par la réglementation			
<sup>(3)</sup> Les aides auditives sont remboursées au minimum à hauteur du ticket modérateur			
<sup>(4)</sup> La cécité se définit comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction			
<sup>(5)</sup> Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14 novembre 2018			

# Annexe 1 : Tableau des garanties

GARANTIES	SOCLE	OPTION 1	OPTION 2
		Les garanties incluent les prestations du socle	
 <b>DENTAIRE</b>			
<b>Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale</b>			
- Soins et prothèses <b>100% SANTE<sup>(1)</sup></b>		Intégralement remboursés <sup>(2)</sup>	
- Soins			
Soins dentaires	250%	300%	350%
Inlay-Onlay <sup>(2)</sup>	250%	300%	350%
- Panier maîtrisé (dans la limite des Honoraires Limites de Facturation) / Panier libre <sup>(2)</sup>			
Prothèses hors inlay-core			
Dents du sourire : incisives, canines, prémolaires	450%	450%	500%
Dents de fond de bouche : molaires	350%	400%	450%
Inlay-core	200%	250%	300%
<p> Pour le calcul du plafond annuel, sont pris en compte le Ticket Modérateur (100% de la base de remboursement déduction faite du remboursement du régime de base) ainsi que les dépassements. Lorsque le plafond annuel pour les prothèses dentaires est atteint, le remboursement à hauteur de 125% de la base de remboursement pour les équipements maîtrisés ou libres est maintenu.</p>			
- Orthodontie	350%	400%	450%
<b>Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale</b>			
- Prothèses dentaires	10% PMSS	12% PMSS	14% PMSS
- Orthodontie	400 % BR reconstituée	400 % BR reconstituée	400 % BR reconstituée
- Parodontologie	5% PMSS	7% PMSS	9% PMSS
- Implantologie dentaire	25% PMSS	25% PMSS	25% PMSS
<p><sup>(1)</sup> Tels que définis réglementairement <sup>(2)</sup> Dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) : le montant est fixé par la convention dentaire / par la réglementation</p>			
 <b>OPTIQUE</b>			
<b>Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale</b>			
- Equipement <b>100% SANTE<sup>(1)</sup></b>		Intégralement remboursé <sup>(2)</sup>	
- Equipement <b>LIBRE</b>			
Monture	100 €	100 €	100 €
Par verre unifocal simple			
Sphérique	138 €	148 €	158 €
Sphéro cylindrique	138 €	148 €	158 €
Par verre unifocal complexe			
Sphérique	235 €	245 €	255 €
Sphéro cylindrique	235 €	245 €	255 €
Par verre multifocal complexe			
Sphérique	235 €	245 €	255 €
Sphéro cylindrique	235 €	245 €	255 €
Par verre multifocal très complexe			
Sphérique	255 €	265 €	275 €
Sphéro cylindrique	255 €	265 €	275 €
<p> L'équipement optique (1 monture et 2 verres) est pris en charge par bénéficiaire : - tous les ans jusqu'à l'âge de 15 ans inclus (pour les moins de 6 ans, fréquence ramenée à 6 mois en cas d'inadaptation de la monture) - tous les deux ans à partir de 16 ans (sauf évolution de la vue) Le forfait inclut le remboursement de la Sécurité sociale avec un maximum de 100€ pour la monture et la périodicité s'apprécie à compter de la date de facturation du précédent équipement.</p>			
- Prestation d'adaptation et autres suppléments (hors frais d'appairage)	100%	100%	100%
<b>Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale</b>			
- Lentilles et produits d'entretien	6,5% PMSS ( au dela, TM)	6,5% PMSS ( au dela, TM)	6,5% PMSS ( au dela, TM)
<b>Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale</b>			
- Lentilles et produits d'entretien	6,5% PMSS	7,5% PMSS	8,5% PMSS
- Chirurgie réfractive de l'œil (par an)	25% PMSS	25% PMSS	25% PMSS
<p><sup>(1)</sup> Tels que définis réglementairement <sup>(2)</sup> Dans la limite des prix limites de vente (PLV) : le montant est fixé par la réglementation</p>			
 <b>PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES</b>			
<b>Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale</b>			
- Chiropractie / Ostéopathie / Acupuncture / Psychomotricien / Diététicien / Psychologue / Pédiacre podologue	120 €	140 €	160 €

BR : Base de Remboursement / RSS : Remboursement Sécurité sociale / TM : Ticket Modérateur

Le montant du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) est consultable sur <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-et-vous/baremes>

# Annexe 2 : Grille des tarifs applicables au contrat

L'Adhérent peut améliorer le niveau de garantie souscrit par son employeur en sélectionnant une option facultative supplémentaire.

Les options s'appliquent à l'ensemble des Bénéficiaires du contrat.

Les cotisations sont prélevées mensuellement d'avance.

Les garanties du contrat Surcomplémentaire Frais de santé sont accordées moyennant paiement, au titre de l'exercice **2025**, d'une cotisation mensuelle égale à :

## SUPPLEMENT FACULTATIF – OPTION 1

Par adulte.....+ 0,59 % PMSS  
 Par enfant de moins de 25 ans (gratuité à compter du 3<sup>ème</sup>) .....+ 0,16 % PMSS

## SUPPLEMENT FACULTATIF – OPTION 2

Par adulte.....+ 0,82 % PMSS  
 Par enfant de moins de 25 ans (gratuité à compter du 3<sup>ème</sup>) .....+ 0,18 % PMSS

La cotisation intègre une part de financement destinée au fonds d'action sociale tel que prévu à l'accord de branche.

### Valeur au 01/01/2025

**P.M.S.S. (Plafond mensuel de la Sécurité sociale) : ..... 3.925,00 €**

**P.A.S.S. (Plafond annuel de la Sécurité sociale) : ..... 47.100,00 €**

# Annexe 3 : Règlement des prestations

Ce document est annexé au tableau de garanties et fait partie intégrante du contrat.

Pour toute demande de remboursement, l'adhérent fera figurer son numéro d'adhésion sur les documents transmis.

## Pour les soins remboursés par la Sécurité sociale avec ou sans télétransmission directe des informations vers les Assurances du Crédit Mutuel :

L'assureur s'engage à prendre en charge les soins remboursés par la Sécurité sociale au minimum à hauteur du ticket modérateur. Le règlement est effectué sur la base des décomptes transmis directement par le régime obligatoire d'assurance maladie de l'adhérent à l'assureur. Si le régime obligatoire ne peut pas transmettre directement le décompte, l'adhérent devra envoyer à l'assureur les originaux des décomptes de remboursement.

Dans le cas où le décompte ne mentionne pas les frais réels, notamment pour l'optique et le dentaire, l'Adhérent y joindra les factures et notes attestant du montant de la dépense réelle ; à défaut, les frais réels sont considérés comme n'excédant pas le tarif retenu par le régime obligatoire.

Pour déterminer le montant de sa participation, l'Assureur peut demander la facture détaillée et, le cas échéant, la prescription médicale. Après réception, l'Assureur fixe le montant de sa participation en fonction des garanties souscrites et procède au remboursement.

Sous réserve d'acceptation par le professionnel de santé, l'Adhérent peut obtenir la dispense d'avance de ses frais de santé remboursés par la Sécurité sociale à hauteur du ticket modérateur ainsi que du forfait journalier hospitalier.

La présentation de son attestation de tiers payant SP Santé et de sa carte Vitale suffit pour bénéficier du tiers payant selon le mécanisme du tiers payant dans les conditions prévues à l'article L.871-1 du Code de Sécurité sociale.

### Exclusions et limitations de garanties

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et à ses textes réglementaires d'application, définissant les conditions du contrat « responsable », ne donnent pas lieu à prise en charge par l'Assureur :

- la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13, II et III du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation de l'assuré visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés ;
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

De même, ne pourra être pris en charge toute garantie dont la couverture serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale ou ses textes d'application.

### Pour les autres frais remboursés ou non par la Sécurité sociale sous réserve de vos garanties souscrites et présentes dans votre Tableau des garanties :

#### HOSPITALISATION

L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé public ou privé, en vue du traitement médical d'un besoin de santé (soit d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité). Ce séjour peut être avec ou sans nuitée (hospitalisation en ambulatoire). L'hospitalisation à domicile constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

#### Honoraires

Il s'agit des honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé. Les honoraires comprennent le ticket modérateur exprimé en pourcentage de la base de remboursement. Le taux de remboursement varie selon l'adhésion ou non du professionnel de santé à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé.

#### Le forfait journalier hospitalier

Il s'agit d'un forfait dû pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit) dans un établissement de santé (participation aux frais d'hébergement et d'entretien).

**L'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale fait objet d'un remboursement.**

**Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les unités ou centres de soins de longue durée visés à l'article L.174-6 du Code de la Sécurité sociale.**

# Annexe 3 : Règlement des prestations

## Participation forfaitaire actes lourds

Il s'agit d'un forfait qui s'applique pour les actes dits « lourds » pratiqués en ville ou en établissement de santé et dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé réglementairement.

## Forfait patient urgence

Le forfait patient urgence (FPU) correspond à la participation facturée aux assurés en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

## Frais de chambre particulière, d'accompagnement et de télévision, téléphone, internet (si prévu dans votre tableau de garanties)

Le règlement est effectué sur présentation des factures détaillées acquittées et d'un justificatif mentionnant la période d'hospitalisation (bulletin d'hospitalisation).

## SOINS COURANTS

Il s'agit de l'ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors d'une hospitalisation ou d'un hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

## Les honoraires médicaux

Seuls les dépassements autorisés par la Sécurité sociale sont pris en charge selon les différentes formules.

## Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Il s'agit d'un contrat conclu entre le médecin et la Sécurité sociale du type Option Tarifaire Maîtrisée (OPTAM, OPTAM – CO) par lequel le médecin s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires.

## Les actes techniques et médicaux

Il s'agit des actes réalisés par un médecin ou un spécialiste lors d'une consultation par exemple un frottis pour le gynécologue ou une extraction de dent pour le chirurgien-dentiste.

## Les honoraires paramédicaux

Un acte paramédical est un acte effectué par des auxiliaires médicaux tels que les infirmiers, les masseurs – kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures/podologues.

## Accompagnement psychologique pris en charge par la Sécurité sociale

Séances réalisées par des psychologues conventionnés avec l'Assurance Maladie (libéraux, salariés en centre de santé et maison de santé ou en activité mixte) dans le cadre du dispositif réglementaire destiné à faciliter l'accès à un accompagnement psychologique.

La liste des psychologues conventionnés ainsi que le montant de la prise en charge et le nombre maximum de séances sont fixés par la réglementation et consultables sur le site de l'Assurance Maladie.

La prise en charge s'inscrit dans un parcours de soins et s'adresse aux patients âgés de plus de trois ans.

## Médicament

Il s'agit de l'ensemble des spécialités remboursables inscrites à la liste mentionnée à l'article L.162-17 du Code de la Sécurité sociale.

## Matériel médical (dont orthopédie et appareillage hors aides auditives)

Les frais d'appareillage sont pris en charge sur la base des éléments transmis par le régime de base. Une facture détaillée pourra vous être demandée pour déterminer notre participation forfaitaire.

## Frais exposés en cas de cure thermique (si prévu dans votre tableau de garanties)

Le règlement est effectué sur présentation des factures détaillées acquittées.

## Médicaments, vaccins et moyens contraceptifs médicalement prescrits ou non, ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché et non pris en charge par le régime de base (si prévu(s) dans votre tableau de garanties)

Le règlement est effectué sur la base de l'original de la facture acquittée détaillée comprenant obligatoirement :

- l'identification de l'officine française ;
- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires ;
- la date d'achat ;
- le nom commercial du médicament ou du vaccin ou du moyen contraceptif, avec son prix ;
- le montant total de la facture.

La participation prévue dans le tableau des garanties pour les médicaments sans prise en charge de la Sécurité sociale s'applique exclusivement aux médicaments vendus en pharmacie d'officine en France. La condition de la vente en pharmacie d'officine en France s'applique également aux moyens contraceptifs et aux vaccins.

# Annexe 3 : Règlement des prestations

## AIDES AUDITIVES

Les aides auditives aussi appelées audioprothèses sont des dispositifs médicaux visés par la nomenclature relative aux aides auditives, ayant pour objectif de compenser une perte auditive par un appareillage adéquat.

L'équipement auditif est pris en charge une fois tous les 4 ans à compter de la date d'achat du précédent équipement et s'entend pour chaque oreille indépendamment. En fonction de votre contrat, le forfait inclut ou vient en complément du remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels.

### **Equipements 100% santé**

Les aides auditives sont prises en charge intégralement sous réserve que les professionnels de santé respectent les prix limites de vente fixés réglementairement.

### **Equipements libre**

L'aide auditive est pris en charge à hauteur du forfait indiqué dans le tableau des garanties, au minimum à hauteur du ticket modérateur et dans la limite du forfait prévu par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

### **Piles et autres consommables**

La garantie piles et autres consommables s'entend par an et elle est prise en charge au minimum à hauteur du ticket modérateur.

### **Cécité**

La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction.

## OPTIQUE

Ce poste comprend les dispositifs médicaux et prestations relatifs à l'optique.

Pour les remboursements optiques la date prise en compte est :

- celle retenue par le régime de base obligatoire pour son remboursement (monture, verres ou lentilles prises en charge par la Sécurité sociale) ;
- la date d'achat lorsqu'il n'y a pas de remboursement d'un régime obligatoire, notamment pour les lentilles.

Les forfaits s'entendent y compris ou en complément des remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent devant la garantie prévue au présent contrat, dans la limite des frais réels.

### **Pour les bénéficiaires jusqu'à 15 ans inclus**

Le remboursement est accordé lorsqu'un délai de 12 mois s'est écoulé entre la date de deux achats optiques.

Le remboursement est accordé tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, en cas d'évolution de la vue, tel que défini réglementairement, justifiée par une nouvelle prescription ophtalmologique, le renouvellement de la prise en charge des verres est possible sans délai pour l'acquisition de verres.

### **Pour les bénéficiaires à partir de 16 ans**

Le remboursement est accordé lorsqu'un délai de 24 mois s'est écoulé entre la date de deux achats optiques. Ce délai est ramené à 12 mois lorsque le renouvellement de l'équipement fait suite à une évolution de la vue qui devra être justifiée par la prescription médicale ou par le devis et la facturation de l'opticien.

Par dérogation, en cas d'évolution de la vue, tel que défini réglementairement, justifiée par une nouvelle prescription médicale, le renouvellement de la prise en charge de l'équipement optique est réduit à un an.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières faisant l'objet d'une nouvelle prescription ophtalmologique.

La période pendant laquelle un équipement peut être remboursé s'apprécie à la date d'achat du dernier élément de l'équipement.

Les différents types de verres sont définis de la manière suivante :

#### **- Verres unifocaux ou simple foyer**

Les verres unifocaux ou simple foyer, verres neutres, corrigent une seule vision : soit la vision de près, soit la vision de loin, soit la vision intermédiaire. Ils corrigent donc la myopie (avec ou sans astigmatisme), l'hypermétropie (avec ou sans astigmatisme), l'astigmatisme ou la presbytie (avec ou sans astigmatisme) – dans ce cas, il s'agit de verres corrigeant uniquement la vision de près.

#### **- Verres multifocaux**

Les verres progressifs font partie de la famille des verres multifocaux. Les verres progressifs corrigent la vision à toute distance, c'est-à-dire la vision de loin, la vision intermédiaire et la vision de près.

Ils se caractérisent par deux espaces visuels distincts pour la vision de loin et la vision de près, séparés par un couloir de transition progressive qui permet une vision nette à toute distance.

Le remboursement est effectué sur la base de la codification LPP (Liste des Produits et Prestations de la Sécurité sociale) figurant sur la facture de l'opticien qui détermine la nature des verres et la garantie appliquée selon le tableau des garanties.

### **Equipement 100% santé**

Ce poste vise les équipements (verres et/ou monture) relevant du dispositif 100% santé. Les prestations et les montants sont définis par la nomenclature des opticiens. La prise en charge des actes entrant dans ce dispositif est intégrale, sous réserve que le professionnel de santé respecte les prix limite de vente imposés par la nomenclature.

# Annexe 3 : Règlement des prestations

En cas d'achat d'un élément (verres ou monture) appartenant au dispositif 100% santé et l'autre élément dont le tarif n'est pas règlementé, la garantie de ce dernier se limite au forfait indiqué déduction faite du montant de l'élément pris en charge par le dispositif 100% santé.

## **Prestation d'adaptation et autres suppléments**

La prestation d'adaptation est un examen de la vue réalisé par un opticien, afin d'ajuster la correction et renouveler l'équipement optique, sur la base d'une ancienne prescription ophtalmologique en cours de validité.

Les autres suppléments concernent tout supplément facturable sur les verres par un opticien, en réponse à des pathologies oculaires particulières conformément à la réglementation optique.

## **Les prestations optiques sans prise en charge de la Sécurité sociale (si prévues dans votre tableau de garanties)**

Le règlement des forfaits optiques non pris en charge par la Sécurité sociale intervient sur présentation d'une facture détaillée acquittée comprenant obligatoirement :

- l'identification du praticien ;
- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires ;
- la date de prescription ;
- la date de paiement ;
- la nature exacte de l'acte ou de l'achat pour les lentilles et produits d'entretien ; et les références Sécurité sociale des produits ;
- le montant total de la facture.

## **Dioptrie**

La dioptrie est définie comme une unité de mesure de la puissance d'un verre correcteur. Elle résulte de l'ensemble des éléments chiffrés notés sur la prescription en fonction du type de corrections visuelles (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie) et au travers des données techniques (sphère, cylindre dans sa forme positive, axe et addition) nécessaires à la réalisation des verres.

Un élément isolé de la prescription, exprimé en positif ou négatif, ne peut à lui seul exprimer la dioptrie finale des verres déterminant la base de remboursement retenue par la Sécurité sociale et la garantie de l'assureur.

## **Atout qualité vision (si prévu dans votre tableau de garanties)**

La **garantie Atout qualité vision** ouvre droit à un complément au forfait optique de base en cas d'achat de verres progressifs répondant au cahier des charges qualité. Cette bonification est accordée dès la première année d'assurance et ensuite une fois tous les 24 mois. Elle est remboursable sur la base d'une copie de la facture détaillée.

## DENTAIRE

Le poste dentaire recouvre l'ensemble des prestations relatives aux actes bucco-dentaires.

## **Soins**

Il s'agit de l'ensemble des soins conservateurs, chirurgicaux ou de prévention.

## **Prothèses dentaires**

Une prothèse dentaire est un dispositif de substitution utilisé pour remplacer des dents abimées, malades ou manquantes.

Il s'agit de l'ensemble des actes prothétiques inscrits à la nomenclature dentaire.

Les prothèses placées sur les dents du sourire concernent les couronnes définitives et bridges sur les incisives, canines et prémolaires.

Les prothèses placées sur les dents du fond de bouche concernent les couronnes définitives et bridges sur les molaires, les couronnes transitoires, les inlay-cores et les prothèses amovibles.

## **Soins et prothèses 100% santé**

Ce poste vise les soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé. Les actes et les montants sont définis par la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes. La prise en charge des actes entrant dans ce dispositif est intégrale, sous réserve que le professionnel de santé respecte les prix limite de vente imposés par la convention.

## **Les actes dentaires non pris en charge et l'implantologie (si prévus dans votre tableau de garanties)**

La participation prévue au Tableau des garanties pour les actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale et l'implantologie est soumise à l'avis du chirurgien-dentiste consultant de l'assureur. Seuls les actes approuvés par le dentiste consultant seront admis au remboursement sur la base d'une facture originale détaillée comprenant obligatoirement :

- l'identification du praticien,
- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires,
- la date d'exécution et de paiement,
- la nature exacte des actes effectués, les références de la ou des dents traitées ou remplacées,
- le montant payé par acte dispensé et le montant total de la facture.

## **Garantie Atout sourire (si prévu dans votre tableau de garanties)**

Le remboursement est effectué sur présentation d'une facture originale détaillée acquittée comprenant obligatoirement :

- l'identification du praticien ;
- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires ;
- la date d'exécution et de paiement ;
- la nature exacte des actes effectués, les références de la ou des dents traitées ou remplacées ;
- le montant payé par acte dispensé et le montant total de la facture.

# Annexe 3 : Règlement des prestations

Ces garanties ne s'appliquent que pour les paniers maîtrisés/libres et dans le respect des limites fixées par l'article R871-2 du code de la Sécurité Sociale.

**La garantie Atout sourire** : ouvre droit à une majoration de la base de remboursement pour les couronnes et bridges sur incisive, canine, prémolaire.

## AUTRES GARANTIES

### **Médecines complémentaires sans prise en charge de la Sécurité sociale (si prévues dans votre tableau de garanties)**

Prise en charge sur présentation de l'original de la facture acquittée détaillée avec mention de l'identification du praticien exerçant en France dans le cadre de la réglementation en vigueur, de l'adhérent, du ou des bénéficiaires, de la nature de l'acte, du nombre de séances, du prix de l'acte et du montant total perçu.

### **Forfait naissance, adoption (si prévu dans votre tableau de garanties)**

Versement, par enfant né viable, d'une allocation forfaitaire sur production d'un extrait de naissance. En cas de naissance multiple, l'allocation est doublée. En cas d'adoption plénière d'un enfant âgé de moins de cinq ans, versement de l'allocation sur production de la copie du jugement.

### **Actes de prévention**

Les actes de prévention mentionnés dans le tableau de garantie s'entendent des actes listés par arrêté ministériel dans le cadre des obligations de prise en charge des contrats responsables. L'ensemble des actes inscrits sur cette liste font l'objet d'un remboursement dès lors qu'ils sont prescrits par le médecin traitant.

### **Actions sociales et de prévention (si prévues dans votre tableau de garanties)**

La Convention collective applicable à votre entreprise peut prévoir des actions sociales et des actions de prévention dans le cadre du haut degré de solidarité.

Une consultation de votre accord permet de savoir si votre contrat prévoit ces actions.

Pour toute demande, vous pouvez contacter Telsanté.

### **Garanties plus (si prévues dans votre tableau de garanties)**

Prise en charge sur présentation de l'original de la facture acquittée détaillée avec mention de l'identification du praticien exerçant en France dans le cadre de la réglementation en vigueur, de l'adhérent, du ou des bénéficiaires, de la nature de l'acte, du nombre de séances, du prix de l'acte et du montant total perçu.