

CDG DE LA FPT DE LA REUNION
Contrat collectif d'assurance santé
Conventions spéciales

REFERENCE DE LA CONSULTATION N° : CONV/PSC/2025/CDG/001



Contenu

1	Objet de l'assurance	3
2	Cotisations	3
3	Conditions de l'adhésion	3
3.1	Modalités de l'adhésion	3
3.2	Durée de l'adhésion	3
3.3	Information des Assurés.....	4
3.4	Cessation de l'adhésion.....	4
4	Garanties délivrées par l'Assureur	4
4.1	Contrat solidaire	4
4.2	Principes de solidarité applicables aux garanties complémentaires.....	4
4.3	Contrat responsable	4
4.4	Contrat à couverture minimale obligatoire.....	7
4.5	Définition des garanties	7
5	Dispositif de maintien et de renfort des garanties.....	10
5.1	Maintien des garanties en cas d'indemnisation par le régime d'assurance chômage	10
5.2	Maintien des garanties en cas de changement d'employeur (portabilité).....	10
5.3	Maintien des garanties en cas de suspension de l'activité ou du contrat de travail	11
5.4	Maintien des garanties selon les situations des Assurés	11
5.5	Maintien des prestations en cas de non-renouvellement ou résiliation du contrat ou de l'adhésion	11

6	Dispositions diverses	11
6.1	Réticence ou fausse déclaration.....	11
6.2	Omission ou déclaration inexacte	11

1 Objet de l'assurance

Le contrat a pour objet de garantir aux Assurés et à leurs Ayants-droit le versement de prestations de santé en relais et en complément de leur protection sociale de base. Les garanties accordées par l'Assureur portent sur le remboursement des frais :

- D'hospitalisation, y compris la maternité,
- D'achat de médicaments et d'appareillages,
- De soins de ville,
- De soins et de biens liés à l'optique,
- De soins et de biens dentaires,
- De prestations d'assistance.

A ces frais sont versés des allocations selon la réalisation d'événements.

2 Cotisations

Les cotisations sont déterminées aux conditions particulières du contrat. Elles ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé, de la nature de l'emploi, et du sexe de l'Assuré.

Les cotisations des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder celles prévues pour les familles comprenant trois enfants.

Le rapport entre la cotisation hors participation due par l'Assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation due par l'Assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable, compte non tenu de la majoration de cotisation pour adhésion tardive de l'Assuré.

La cotisation est majorée d'un coefficient qui tient compte de l'âge de l'Assuré, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation sous la forme de label ou d'une convention.

- Ce coefficient est appliqué lorsque l'adhésion de l'Assuré est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique, ou est postérieure au 10 novembre 2013 pour les agents en fonction à la date de publication du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.
- La cotisation est majorée d'un coefficient égal à 2 % par année, pour toute année non cotisée par l'Assuré à une garantie de référence santé, objet d'un label ou d'une convention de participation, et postérieure à l'âge de trente ans de celui-ci, depuis la date la plus récente entre le 10 novembre 2011 et sa date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence.
- Le coefficient de majoration calculé est, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis à l'Assureur auprès duquel l'Assuré souhaite adhérer au présent contrat.
- Les périodes antérieures au 10 novembre 2011 ne font pas l'objet de majoration.

3 Conditions de l'adhésion

3.1 Modalités de l'adhésion

L'adhésion des Assurés est facultative.

L'Assuré peut adhérer à tout âge. Aucune information médicale ne peut être recueillie par l'Assureur.

L'Assuré choisit l'un des niveaux prévus au tableau des garanties des conditions particulières. Il peut changer de niveau en cas d'adhésion préalable à un niveau depuis au moins une année.

Par application de l'article 6 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, l'Assureur ne peut refuser de maintenir aux Assurés le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Les Assurés sont ceux qui sont affiliés au contrat collectif tant que ceux-ci le souhaitent, sans réduction des garanties souscrites, aux conditions tarifaires du contrat. L'Assureur ne peut ultérieurement augmenter le tarif d'un Assuré en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de celui-ci.

3.2 Durée de l'adhésion

L'adhésion est annuelle. Elle est tacitement reconduite chaque année, à la date d'échéance du contrat, et peut être résiliée selon les modalités indiquées aux conditions particulières.

3.3 Information des Assurés

Par application de l'**article 12 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989** renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, l'Employeur est tenu de remettre aux Assurés une notice d'information détaillée qui définit notamment les garanties prévues par le présent contrat et ses modalités d'application. Lorsque des modifications contractuelles sont apportées, l'Employeur doit communiquer la nouvelle version de la notice d'information trois mois au minimum avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

L'Assuré peut résilier son adhésion à réception de cette nouvelle version de la notice d'information en raison de ces modifications, moyennant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur. La résiliation prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande de résiliation par l'Assureur.

3.4 Cessation de l'adhésion

Les garanties cessent de produire leur effet :

- A la date à laquelle l'Assuré cesse de bénéficier de la qualité d'agent, sauf dans le cas où celui-ci atteint l'âge minimum de départ en retraite,
- A la date à laquelle l'Assuré n'est plus dans l'effectif de l'employeur, sauf dans le cas où celui-ci atteint l'âge minimum de départ en retraite,
- En cas de non-paiement de la cotisation par l'Assuré,
- A la date d'effet de la résiliation ou de la renonciation de l'adhésion par l'Assuré,
- A la date d'effet de la résiliation du contrat par le Souscripteur.

4 Garanties délivrées par l'Assureur

4.1 Contrat solidaire

L'Assuré peut adhérer à tout âge. Aucune information médicale ne peut être recueillie par l'Assureur. Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé, de la nature de l'emploi, et du sexe de l'Assuré.

4.2 Principes de solidarité applicables aux garanties complémentaires

Par application des **articles 27 à 29 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011** relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, les principes de solidarité sont applicables aux garanties du présent contrat.

4.3 Contrat responsable

Les garanties respectent les dispositions relatives au contrat responsable défini à l'article L 871-1 du code de la sécurité sociale. A ce titre :

- Les garanties comprennent la **prise en charge des consultations et des prestations prévues par l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale**, c'est-à-dire :
 - De l'intégralité de la **participation des assurés** définie à l'article R. 160-5 du code de la Sécurité sociale. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;
 - Des **dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité,
 - Des **dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale** à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :
 - à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article.
 - dans le respect des limites ci-dessous, si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement

prévoit une couverture des frais exposés par l'assuré en sus de la participation mentionnée au 1° pour l'acquisition d'équipements composés de verres et montures appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée :

- a. Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :
 - par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
 - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;
- b. Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
- c. Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :
 - par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
 - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -8,00 et + 8,00 dioptries ;
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;
- d. d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;
- e. Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;
- f. Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ;
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

- Lorsque l'équipement est composé de verres différents appartenant à une même catégorie a), c) ou f) définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie.
- Lorsque l'équipement est composé de verres appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée et d'une monture appartenant à une classe à prise en charge renforcée, les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus s'appliquent à la prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'équipement.
- Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture est limitée à 100 euros.
- Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation des assurés mentionnée au 1° pour l'acquisition de l'équipement.
- Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.
- Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'**aides auditives** dans les conditions suivantes :
 - A hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;
 - Au minimum à hauteur de la participation mentionnée au 1° et au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.
 - Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L. 165-1.
- Des **frais de soins dentaires prothétiques** exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L 162-9 du code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L 162-14-2 du code de la Sécurité sociale pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques,
- Du **forfait journalier** des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée.
- De l'intégralité de la participation de l'Assuré au sens du I de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaire au regard d'objectifs de santé publique, et proposées par l'Assureur. Ces **prestations de prévention**, définies par l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code, sont :
 - Le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire,
 - Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12),
 - Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze

ans,

- Le dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351),
 - Le dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale (CDQP010), audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015), audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011), audiométrie tonale et vocale (CDQP012), audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
 - L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire. Sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la Sécurité sociale, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
 - Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : diphtérie, tétanos et poliomyélite à tous âges, coqueluche avant 14 ans, hépatite B avant 14 ans, BCG avant 6 ans, rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.
- Les **garanties ne couvrent pas** :
- La **participation forfaitaire** mentionnée au II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale,
 - La **franchise annuelle** mentionnée au III de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale,
 - La prise en charge de la **majoration de participation** prévue à l'article L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale,
 - La prise en charge des **dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques** pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
- Les **frais de gestion du contrat sont obligatoirement communiqués par l'Assureur**, de manière lisible, dans le rapport adressé annuellement au Souscripteur en application de l'article 3 du décret n°90-769 du 30 août 1990.

4.4 Contrat à couverture minimale obligatoire

Les garanties respectent les dispositions relatives à la couverture minimale précisée à l'article L 911-7 du code de la sécurité sociale. A ce titre, le contrat prend en charge, sur la base de l'article D 911-1 du code de la Sécurité sociale :

- La participation de l'Assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de Sécurité sociale, prévue au I de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale,
- Le forfait journalier de l'article L 174-4 du code de la Sécurité sociale,
- Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement.

4.5 Définition des garanties

Le présent contrat a pour objet le service de prestations à l'occasion de frais médicaux ou d'hospitalisation exposés par les Bénéficiaires, en complément des remboursements préalables de l'assurance maladie ou maternité, sous réserve des exclusions et du respect des dispositions des contrats solidaires et responsable.

Dérogent à ce principe de participation préalable de l'Assurance maladie, divers soins, actes, appareillages et fournitures qui justifient d'un remboursement de l'Assureur en raison de leur nécessité ou de leur apport reconnu à la protection de la santé.

Le montant des prestations servies par l'Assureur ne peut excéder les frais réellement engagés par les Bénéficiaires, sous déduction des remboursements versés par l'Assurance maladie et tout autre organisme complémentaire.

Les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie.

En fonction de l'option choisie par l'Assuré, les prestations de l'Assureur sont déterminées selon diverses

références, c'est-à-dire soit sous la forme d'un pourcentage du tarif de base servant au calcul de remboursement de l'Assurance maladie, soit sous la forme de forfait annuel, en complément ou non du remboursement de la l'Assureur et de l'Assurance maladie.

Les remboursements de l'Assureur s'inscrivent dans le respect du parcours de soins. En tout état de cause, la majoration de participation imposée par l'Assurance maladie pour des actes hors parcours de soins reste à la charge de l'Assuré selon les dispositions prévues par la réglementation. Les honoraires facturés par un médecin non conventionné sont remboursés par l'Assureur sur la base du tarif de responsabilité du médecin généraliste conventionné, applicable au jour de l'acte, et non sur le tarif d'autorité de l'Assurance maladie.

Les garanties accordées par l'Assureur sont :

Les frais liés à une hospitalisation :

Chambre particulière. Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle. Les frais sont pris en charge par l'Assureur selon un forfait journalier et une limite de durée indiqués dans le tableau des garanties.

Forfait journalier. Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Le forfait journalier est accordée par l'Assureur sans limitation de durée, et quel que soit l'établissement à l'origine de la facturation.

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

Frais d'accompagnant. Frais correspondant aux facilités (lit, repas...) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation. L'Assureur intervient pour l'accompagnement d'un enfant hospitalisé en qualité d'ayant droit, au premier jour de son hospitalisation. Ces frais sont pris en charge par l'Assureur selon un forfait journalier et une limite de durée indiqués dans le tableau des garanties.

Soins thermaux. Frais de soins avec hospitalisation, frais d'honoraires médicaux, frais d'hydrothérapie et frais d'hébergement et de transport, sur prescription pour traiter certaines affections. Ces frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Les frais liés à des soins ou l'achat de biens médicaux :

Consultations. Honoraires pour examen d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste. Ces frais et honoraires sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Participation forfaitaire de 18 €. Frais à la charge de l'Assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par les Pouvoirs Publics, ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 50 €. Ces frais et honoraires sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Actes techniques médicaux et autres actes. Actes techniques médicaux, actes de chirurgie, d'obstétrique, d'anesthésie, d'imagerie médicale - radiologie, d'échographie, frais d'anatomo-cyto-pathologie, et ensemble des autres actes.

Auxiliaires médicaux. Frais et honoraires des professionnels paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues...) dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire. Ces frais et honoraires sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Médicaments. Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en différentes catégories correspondant à des niveaux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

- Les médicaments sont remboursés par l'Assureur dans la limite des taux indiqués dans le tableau des garanties,
- Les vaccins sont des médicaments injectables qui jouent un rôle dans la prévention et la protection

contre de nombreuses maladies infectieuses. Les frais d'achat des vaccins sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Médecine douce. Il s'agit de l'acupuncture, la chiropractie, la diététique, l'étiopathie, l'hypno-thérapie, la mésothérapie, la micro-kinésithérapie, l'ostéopathie, les soins pédicures et podologues, la réflexologie, la psychothérapie, le recours aux psychologues, psychomotriciens et aux reflexologues. Les honoraires sont pris en charge par l'Assureur selon les forfaits indiqués dans le tableau des garanties, et selon l'option choisie par l'Assuré. Les forfaits sont accordés pour une année civile pour un nombre de séances défini à l'option souscrite par l'Assuré. Il est versé sur présentation d'une facture acquittée qui précise le nom et le prénom du bénéficiaire et la date de la séance.

Appareillage. Prix des biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Les frais d'achat sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement, éventuellement complétés d'un forfait, indiqués dans le tableau des garanties, et selon l'option choisie par l'Assuré. L'Assureur intervient, pour ces biens inscrits sur la LPP, selon la nomenclature de l'Assurance maladie et pour :

- Les produits pour traitement, aides à la vie, aliments et pansements (Titre 1),
- Les orthèses et prothèses externes (Titre 2),
- Les implants et greffons tissulaires d'origine humains (Titre 3),
- Les véhicules pour handicapés physiques (Titre 4).

Biologie médicale – analyses et examens de laboratoires. Frais des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. Ces frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Les frais de soins et de prothèses dentaires :

Soins dentaires. Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels. Ces honoraires sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Orthodontie. Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes qui vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires, grâce à des appareils dentaires. Les honoraires et frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Parodontologie. 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...). Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes. Les honoraires et frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

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

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue artificiellement la partie visible de la dent pour la protéger. Une couronne qui porte sur plusieurs dents est appelé un « bridge »,
- Les prothèses amovibles qui sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.
- Les inlays et onlays. Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Les honoraires et frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Les honoraires et frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Implantologie. Technique visant à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est fixée une prothèse. Les honoraires et frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties,

éventuellement complétés d'un forfait.

Les frais d'optique :

Lunettes. Les lunettes sont composées d'une monture et de verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie et aphakie). Le prix des verres varie selon le type de correction (verres uni-focaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et le traitement appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...). Les frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Lentilles. Verres correcteurs posés sur la cornée. Les frais sont pris en charge par l'Assureur selon les forfaits indiqués dans le tableau des garanties, et selon l'option choisie par l'Assuré. Les honoraires et frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Chirurgie réfractive. Frais de remboursement des différentes techniques chirurgicales (notamment opération de la myopie au laser), qui permettent de corriger les défauts visuels. Les honoraires et frais sont pris en charge par l'Assureur selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

5 Dispositif de maintien et de renfort des garanties

5.1 Maintien des garanties en cas d'indemnisation par le régime d'assurance chômage

En fonction du statut des Assurés, ceux-ci et leurs Ayants-droits bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois,
- Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez l'Employeur,
- Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur chez l'Employeur,
- L'Assuré justifie auprès de l'Assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions de sa situation,
- L'Employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'Assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée en amont.

5.2 Maintien des garanties en cas de changement d'employeur (portabilité)

Cas de l'article L 5111-7 du code général des collectivités locales.

Si les Assurés changent d'employeur en application d'une réorganisation, le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien pour la convention de participation et le présent contrat collectif d'assurance conclus par ce dernier avec l'Assureur. La convention et le contrat sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance, sauf accord contraire entre le nouvel employeur, l'ancien employeur et l'Assureur. Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention du contrat, antérieures à celles stipulées, dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents. L'Assureur est informé de la substitution de personne morale par le nouvel employeur. La substitution de personne morale à la convention et au contrat n'entraîne aucun droit à résiliation ou à indemnisation pour l'Assureur.

Autre cas.

En cas de départ de l'Assuré de l'effectif de l'Employeur, pour une cause autre qu'un départ en retraite pour lequel les garanties restent acquises, l'Assureur ne peut refuser de maintenir les garanties à l'Assuré qui en fait la demande, et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration. Le maintien des garanties par l'Assureur s'effectue sans réduction de celles-ci, ni révision des taux de cotisation. La demande de maintien des garanties doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de départ de l'Assuré.

5.3 Maintien des garanties en cas de suspension de l'activité ou du contrat de travail

Cas 1 : maintien obligatoire des garanties. Cas des suspensions rémunérées ou indemnisées.

Le bénéfice des garanties du présent contrat est maintenu au profit des Assurés, et de leurs ayants-droit, dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire,
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'Employeur, versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- d'un revenu de remplacement versé par l'Employeur. Ce cas concerne notamment les Assurés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi qu'en période de congé rémunéré par l'Employeur (reclassement, mobilité...).

Dans ce cas, l'Employeur et l'Assuré continuent de s'acquitter du versement de la part de cotisation qui leur incombe pendant toute la durée de la suspension de l'activité ou du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Cette cotisation est calculée sur la base de la rémunération ou de l'indemnisation soumise aux cotisations de Sécurité sociale.

Cas 2 : maintien facultative des garanties. Cas des suspensions non rémunérées ou non indemnisées.

Les Assurés dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire, ni de perception d'indemnités journalières (par exemple les Assurés en congé sans solde, congé de présence parentale, congé de proche aidant, congé de solidarité familiale, congé parental, congé sabbatique...) continuent de bénéficier des garanties d'assurance, sous réserve de s'acquitter, pendant toute la durée de la suspension de l'activité ou du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée, de l'intégralité de la cotisation due (part Employeur et part Assuré) calculée sur la base du salaire des 12 derniers mois civils précédant cette suspension.

5.4 Maintien des garanties selon les situations des Assurés

Les garanties sont maintenues, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

- Des personnes bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée.
- Des personnes garanties du chef de l'Assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès auprès de l'Assureur. La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

5.5 Maintien des prestations en cas de non-renouvellement ou résiliation du contrat ou de l'adhésion

Par application de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement. L'engagement doit être couvert à tout moment par des provisions représentées par des actifs équivalents de l'Assureur.

6 Dispositions diverses

6.1 Réticence ou fausse déclaration

Les garanties accordées aux Assurés par l'Assureur sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

6.2 Omission ou déclaration inexacte

L'omission ou la déclaration inexacte de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité des garanties.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'Assureur a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Assuré. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin le premier jour du mois qui suit la date de la notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée. L'Assureur restitue à l'Assuré la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux de la cotisation payée par l'Assuré par rapport au taux de cotisation qui aurait été due, si les risques avaient été exactement déclarés.