

IPECA

NOTICE D'INFORMATION

Couverture du Conjoint

Contrat sur - complémentaire

Garanties en vigueur au 01/10/2022

Mise à jour au 01/01/2026

FRAIS DE SANTE

PRÉ AM BU LE

**IPECA est l'Institution de prévoyance du monde
aéronautique et aérospatial civil et militaire.**

Elle protège les femmes et les hommes de ce secteur
dans tous les domaines de la protection sociale
complémentaire, collective ou individuelle,
en santé comme en prévoyance.

SOMMAIRE

#1		
DISPOSITIONS SPECIFIQUES		4
1.1 Objet du contrat		5
1.2 Les bénéficiaires		5
1.3 Affiliation du Conjoint		5
1.4 En cas de changement de situation		6
1.5 Contrat solidaire et responsable		6
#2		
PRESTATIONS		12
2.1 Prestations santé		13
2.2 Modalités de remboursements		19
2.3 Décompte des remboursements IPECA PRÉVOYANCE		20
2.4 Les avantages de l'espace privé		21
2.5 Justificatifs à fournir		23
2.6 Tiers payant : dispense d'avance de frais		24
#3		
DISPOSITIONS GENERALES		25
3.1 Cessation des garanties		26
3.2 Maintien des garanties au Conjoint du Participant en cas de suspension du contrat de travail du Participant		27
3.3 Maintien des garanties dans le cadre de la Portabilité		27
3.4 Maintien des garanties frais de soins de santé au titre de la loi Évin		28
3.5 Prescription		28
3.6 Contrôle médical		29
3.7 Fausse déclaration		30
3.8 Lutte contre la fraude		30
3.9 Clause de territorialité		31
3.10 Réclamation et médiation		31
3.11 Protection des données personnelles		32
3.12 Subrogation		36
3.13 Contrôle de l'Institution		36
#4		
LEXIQUE		37

#1

DISPOSITIONS SPECIFIQUES



1.1 Objet du contrat

La société **AIRBUS DEFENCE AND SPACE SAS** a souscrit un **contrat sur - complémentaire collectif**, qui respecte les obligations relatives au cahier des charges du contrat responsable et qui améliore la prise en charge des frais de soins de santé pour **le Conjoint**, ayant droit du Participant, affilié au contrat socle d'**AIRBUS SAS n°2221/802**.

Le présent contrat a pour objet de permettre au **Conjoint** du Participant défini au paragraphe « *Bénéficiaires* » ci-dessous, de bénéficier de garanties identiques à celles du Participant mentionnées au contrat sur - complémentaire collectif et obligatoire d'**AIRBUS DEFENCE AND SPACE SAS n° 1326/803** et sous réserve du paiement d'une cotisation à la charge exclusive du Participant.

1.2 Les bénéficiaires

Les bénéficiaires de la présente notice d'information sont ceux définis au contrat socle **d'AIRBUS SAS n°2221/802**. Pour rappel :

Seul le Conjoint, ayant droit du Participant, tel que défini ci-dessous, peut bénéficier des garanties frais de santé de la présente notice.

Le **Conjoint est** :

- **L'époux ou l'épouse** du Participant non séparé(e) de corps par jugement définitif, uni(e) au Participant par les liens du mariage tel que défini dans le Code civil ;
- Ou le **cosignataire du PACS**, toute personne unie au Participant par un Pacte civil de solidarité en vigueur, dans les conditions prévues dans le Code civil ;
- Ou le **concubin** tel que défini dans le Code civil et sous réserve de ne pas être engagé dans les liens d'un mariage ou d'un PACS et sur présentation d'un justificatif de vie commune et d'une déclaration sur l'honneur de la vie maritale.

Le Conjoint ne bénéficiant d'aucune couverture servie par un régime de base obligatoire quel qu'il soit (Sécurité sociale ou assimilé) est exclu du bénéfice de la garantie

1.3 Affiliation du Conjoint

Le Conjoint du Participant bénéficiant du contrat **d'AIRBUS SAS n°2221/802** est **automatiquement** affilié au présent contrat sur - complémentaire d'**AIRBUS DEFENCE AND SPACE SAS n° 1326/804**, sous réserve du paiement des cotisations.

1.4 En cas de changement de situation

En cas de changement de situation, le Participant doit en informer l'Institution le plus vite possible :

- > En se connectant sur son espace privé ipeca.fr et déposer éventuellement les pièces jointes
- > Par courrier :



IPECA PRÉVOYANCE 5 rue Paul Barruel 75740 Paris cedex 15

- > Par téléphone au **0977 425 425** puis taper 4 (appel non surtaxé)



1.5 Contrat solidaire et responsable

Le fonctionnement et les niveaux de prestations du présent contrat s'inscrivent dans le cadre législatif et réglementaire en vigueur définissant les contrats solidaires et responsables. Par conséquent, conformément aux L.862-4 et L.871-1 du Code de la sécurité sociale et à ses textes d'application :

1.5.1 La cotisation mentionnée aux Conditions Particulières est fixée globalement pour l'ensemble des Participants et n'est pas fixée en fonction de l'état de santé de ces derniers.

1.5.2 Interdictions de prise en charge

Conformément à l'article R.871-1 du Code de la sécurité sociale, l'Institution ne prend pas en charge :

- **La participation forfaitaire, mentionnée à l'article L. 160-13 II du Code de la sécurité sociale, applicable à chaque acte ou consultation réalisé(e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ou de radiologie. Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre.**
- **Les franchises médicales énumérées à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale, applicables aux médicaments délivrés hors hospitalisation, aux actes paramédicaux en ville ou en établissement ou centre de santé (hors hospitalisation), au transport sanitaire (à l'exception des transports d'urgence) et aux prestations effectuées par un pharmacien d'officine définies par arrêté. A titre indicatif, le montant maximum porté au titre de ces franchises par le Participant bénéficiant des soins au cours d'une année civile est fixé à 50 euros au 1^{er} janvier 2025. Ce montant est susceptible d'être modifié chaque année.**

- **La majoration du ticket modérateur mise à la charge des membres participants par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale dans le cas où le membre participant n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant ;**
- **Les dépassements autorisés d'honoraires sur le tarif des actes et consultations de médecins spécialistes visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale, pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins ;**
- **La minoration de remboursement appliquée par la Sécurité sociale, visée à l'article L.322-5 du Code de la sécurité sociale, résultant du refus par l'assuré d'utiliser un transport partagé ;**
- **Tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application.**

Ces participations forfaitaires, franchises, dépassements autorisés et majorations restent donc à la charge du Participant et de ses ayants droit.

1.5.3 Obligations de prise en charge

- **L'Institution prend en charge au minimum le ticket modérateur pour les prestations suivantes :**

- L'ensemble des frais de santé courants y compris ceux relatifs à la prévention listée à l'article R.160-5 du code de la Sécurité sociale, **sauf pour les frais de cures thermales, les médicaments remboursés dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré et l'homéopathie ;**
- L'ensemble des frais d'hospitalisation ;
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements santé sans limitation de durée **à l'exception des forfaits journaliers facturés par des établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées ou des établissements d'hébergement pour personnes dépendantes, ni les frais de cure thermale ;**
- Les séances d'accompagnement psychologique prises en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre du dispositif « *Mon Soutien psy* » pour les personnes souffrant de troubles légers à modérés. Les séances doivent nécessairement être réalisées par un psychologue conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire, en accès direct ou sur orientation d'un médecin, d'une sage-femme ou d'un membre du personnel médical scolaire. Elles sont prises en charge dans les conditions et limites prévues par l'article R.162-65 du Code de la Sécurité sociale (pour information depuis le 15 juin 2024, **12 séances par année civile et par bénéficiaire au maximum**). Les conditions de mise en œuvre du dispositif et notamment la liste des psychologues conventionnés sont consultables sur le site : <https://monsoutienpsy.ameli.fr/>
- L'intégralité du forfait patient urgence facturé par les établissements hospitaliers ainsi que la participation forfaitaire « *actes lourds* » et celle facturée dans le cadre des parcours de soins coordonnés mentionnés à l'article L.4012-1 du Code de la santé publique ;
- Les frais relatifs aux examens de prévention bucco-dentaire (EBD) annuels mentionnés à l'article L.2132-2-1 du code de la Sécurité sociale, aux soins complémentaires réalisés pendant la séance et aux soins consécutifs réalisés au maximum dans un délai de 6 mois suivant l'examen.

• Sous réserve que la garantie figure au contrat, l'Institution prend en charge tout ou partie des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale visée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale. Le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM-ACO est plafonné selon les deux conditions cumulatives suivantes :

- **Il ne pourra pas être supérieur à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale ;**

- **Il doit être minoré d'au moins 20 % de la base de remboursement par rapport à la prise en charge des dépassements d'honoraires pour les médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM-ACO.**

• L'Institution encadre le montant de ses remboursements pour les équipements d'optique médicale (deux verres et une monture) :

- Pour les équipements issus du panier « 100 % Santé » (Classe A), c'est-à-dire sans reste à charge, quel que soit le niveau de correction visuelle, la prise en charge intègre le remboursement par l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur **sans pouvoir excéder les Prix Limites de Vente.**

- Pour les équipements issus du panier « hors 100 % Santé » (Classe B), c'est-à-dire avec un éventuel reste à charge, quel que soit le niveau de correction visuelle, la prise en charge intègre le remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et le ticket modérateur **tout en respectant le minimum et le maximum déterminés par la réglementation du contrat responsable.**

- Quelle que soit la classe de l'équipement, la prise en charge de l'Institution est limitée :

_ Pour les adultes et enfants de 16 ans et plus, à un équipement (deux verres et une monture) **tous les deux ans** à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, **sauf** en cas de **renouvellement de l'équipement** justifié par une dégradation des performances oculaires, constatée par une nouvelle prescription médicale, auquel cas **la limitation s'applique annuellement.**

_ Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, la prise en charge de l'Institution est limitée à un équipement (deux verres et une monture) **par an** à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, **sauf** en cas de **renouvellement des verres** justifié par une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale, auquel cas aucun délai de renouvellement minimal ne s'applique. **Cette exception concerne uniquement les verres correcteurs.**

_ Pour les enfants jusqu'à 6 ans, la prise en charge de l'Institution est limitée à un équipement (deux verres et une monture) **par an** à compter de la dernière facturation de l'équipement optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. **Toutefois** le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement d'optique médicale, **uniquement** en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

_ Enfin, concernant tout bénéficiaire quel que soit son âge, **le renouvellement de la prise en charge de nouveaux verres** est possible sans délai en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement (glaucome, hypertension intraoculaire isolée, cataracte évolutive à composante réfractive, tumeurs oculaires et palpébrales...) liée à des situations médicales particulières limitativement énumérées et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Les différents délais susvisés sont également applicables pour le renouvellement séparé d'éléments d'un équipement.

L'Institution doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit par l'assuré concerné auprès de l'Institution.

- L'Institution encadre le montant de ses remboursements pour les aides auditives :
 - Pour les équipements issus du panier « *100 % Santé* » (Classe I), c'est-à-dire sans reste à charge, le niveau de prise en charge intègre le remboursement par l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur différents selon l'âge du Participant (plus ou moins de 20 ans) **sans pouvoir excéder les Prix Limites de Vente.**
 - Pour les équipements issus du panier « *aux tarifs libres* » (Classe II), c'est-à-dire avec un éventuel reste à charge, le niveau de prise en charge intègre le remboursement par l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur, différents selon l'âge du Participant ou de l'ayant droit (plus ou moins 20 ans) **sans pouvoir excéder le plafond déterminé par la réglementation du contrat responsable.**
 - Quelle que soit la classe de l'équipement, la prise en charge de l'Institution est limitée à une aide auditive par oreille **tous les quatre ans à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Tout remboursement accordé par l'Assurance Maladie Obligatoire avant la fin de ce délai n'engage pas l'Institution.**

Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

L'Institution, doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit par l'assuré concerné auprès de l'Institution.

- L'Institution prend en charge les soins dentaires prothétiques dont le niveau de prise en charge dépend du panier dont ils sont issus (Panier « *100 % Santé* » ; Panier maîtrisé ; Panier libre).

Pour les prothèses issues du panier « *100 % Santé* », c'est-à-dire sans reste à charge, la prise en charge intègre le remboursement par l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur **sans pouvoir excéder les Honoraires Limites de Facturation.**
- L'institution prend en charge les dépenses d'acquisition des prothèses capillaires à prise en charge renforcée (classe II définie à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale), à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite du prix limite de vente.
- L'institution prend en charge les dépenses de location de courte durée de certains véhicules destinés à des personnes en situation de handicap (VPH) inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale et faisant l'objet d'une prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. La prise en charge est fixée à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite du prix limite de vente.

- Conformément à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale, l'Institution permet aux Participants et à leurs ayants droit de d'accéder au tiers payant (dispense d'avance de frais) sur l'ensemble des prestations prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables et sous réserve que le professionnel de santé le pratique :
 - au moins à hauteur des tarifs de responsabilité ;
 - **dans la limite des prix limites de vente pour les équipements 100 % Santé optique et auditif et des honoraires limites de facturation pour les soins et prothèses dentaires 100 % Santé ;**
 - **et, en tout état de cause, dans la limite des garanties et prestations définies au tableau de garantie annexé et des frais exposés par les bénéficiaires.**
- Conformément à l'article L. 162-1-12 du Code de la sécurité sociale, les bénéficiaires de l'examen bucco-dentaire de prévention mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique bénéficient du tiers payant sur l'intégralité des dépenses prises en charge par l'Institution au titre de cet examen et des soins dentaires consécutifs réalisés dans les six mois suivant cet examen, à l'exception des inlay-onlay ainsi que des soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, sur présentation de la carte Vitale (ou de l'appli carte Vitale) et de l'attestation de tiers payant.
- L'Institution prend en charge le ticket modérateur lié aux activités de télésurveillance médicale remboursées par le Régime obligatoire (forfait technique et forfait opérateur).

Les présentes dispositions mentionnées ci-avant seront modifiées de plein droit du fait d'évolutions légales ou réglementaires ultérieures relatives au contrat « solidaire et responsable ». Ainsi, dans le cas où la définition légale ou réglementaire du « contrat responsable » viendrait à être modifiée, notamment en cours d'année civile, les garanties des présentes conditions générales seront réputées respecter les nouvelles dispositions légales. Les interdictions ou obligations de prise en charge seront immédiatement et de plein droit considérées comme intégrées à la définition des garanties.

1.5.4 Conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, l'Institution communique annuellement à l'Entreprise Adhérente : le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais de santé, et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant de la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes afférentes. Ces éléments figurent sur le compte de résultat annuel adressé une fois par an par l'Institution à l'Entreprise adhérente.



Panier de soins minimum

Dans le cadre de la généralisation de la couverture complémentaire santé, instaurée par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, le présent contrat respecte les obligations de prise en charge minimale fixées par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la Sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé.





#2

PRESTATIONS

2.1 Prestations santé

Sauf mentions contraires dans le tableau de garanties :

- _ Les montants indiqués ci-dessous incluent le remboursement de la Sécurité sociale, les remboursements perçus au titre du contrat socle d'AIRBUS SAS n° 2221/802 et le remboursement du présent contrat sur - complémentaire ;
- _ Les soins et actes de toute nature non pris en charge par la Sécurité sociale ne font pas l'objet de remboursement par l'Institution.

Le remboursement total obtenu de la Sécurité sociale, de l'Institution et de tout autre organisme assureur ou éventuellement d'un tiers responsable ne peut en aucun cas excéder les frais réels engagés.

En tout état de cause, la prestation de l'Institution prend en charge au minimum le ticket modérateur pour les actes remboursés par la Sécurité sociale.



SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux :		
Consultation généraliste :	<i>Signataire de l'OPTAM</i>	400 % BR
	<i>Non signataire de l'OPTAM</i>	200 % BR
Consultation spécialiste :	<i>Signataire de l'OPTAM/OPTAM-ACO</i>	400 % BR
	<i>Non signataire de l'OPTAM/OPTAM- ACO</i>	200 % BR
Actes techniques médicaux :	<i>Signataire de l'OPTAM / OPTAM- ACO</i>	400 % BR
	<i>Non signataire de l'OPTAM / OPTAM- ACO</i>	200 % BR
Radiologie y compris ostéodensitométrie, échographie et imagerie médicale :	<i>Signataire de l'OPTAM / OPTAM- ACO</i>	400 % BR
	<i>Non signataire de l'OPTAM / OPTAM- ACO</i>	200 % BR
Sage-femme		400 % BR
Honoraires paramédicaux		400 % BR
Analyses et examens en laboratoire		400 % BR
Médicaments		100 % BR
Matériel médical		400 % BR



OPTIQUE	
Équipements 100 % Santé * (Classe A)	SS et TM inclus
Verres	100 % des FR <i>Dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée (Classe A)</i>
Monture	
Supplément	
Appairage	
Adaptation	
* tels que définis réglementairement (cf le paragraphe relatif au Contrat solidaire et responsable défini dans la présente notice)	
Équipements hors 100 % Santé (Classe B)	SS et TM inclus
Verre simple : - Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries - Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et le cylindre \leq à +4,00 dioptries - Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et la somme S (sphère + cylindre) est \leq à 6,00 dioptries	160 € / verre
Verre complexe : - Verre unifocal sphérique - sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries - Verre unifocal sphéro-cylindrique - sphère comprise entre -6,00 et 0 dioptries et cylindre $>$ à +4,00 dioptries - Verre unifocal sphéro-cylindrique - sphère $<$ à -6,00 dioptries et cylindre \geq à 0,25 dioptries - Verre unifocal sphéro-cylindrique - sphère positive et dont la somme S est $>$ à 6,00 dioptries - Verre multifocal ou progressif sphérique - sphère comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique - sphère comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et cylindre \leq à +4,00 dioptries - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique - sphère positive et dont la somme S est \leq à 8,00 dioptries	250 € / verre
Verre hyper complexe : - Verre multifocal ou progressif sphérique - sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique - sphère comprise entre -8,00 et 0 dioptries et cylindre $>$ à +4,00 dioptries - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est $<$ à -8,00 dioptries et dont le cylindre est $>$ ou égal à 0,25 dioptrie ; - Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est $>$ à 8,00 dioptries.	320 € / verre
Monture	100 €
Adaptation	100 % BR
Supplément	100 % BR
Appairage	100 % BR
Lentilles de contact correctives remboursées par la Sécurité sociale	550 € / année civile / bénéficiaire
Lentilles de contact correctives non remboursées par la Sécurité sociale (y compris produits d'entretien)	80 % des frais réels dans la limite de 580 € / année civile / bénéficiaire

OPTIQUE (suite)

Chirurgie réfractive

1 715 € / année civile /
bénéficiaire**Cas particulier des Participants qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin :**

Pour les Participants ne pouvant ou ne voulant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le contrat frais de santé couvre alors une prise en charge de deux équipements, l'un corrigeant la vision de près, l'autre la vision de loin, sur une période de deux ans.

**ZOOM****Focus sur le délai de renouvellement de l'équipement optique :**

> La prise en charge de l'Institution est limitée, par bénéficiaire de 16 ans et plus, à un équipement (deux verres et une monture) tous les deux ans à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf en cas de modification du défaut visuel d'évolution de la vue dans les conditions précisées au VIII.2 du chapitre 2 du titre II de la LPP (Liste des Produits et Prestations établie par l'assurance maladie) où la limitation s'applique annuellement pour le renouvellement d'un équipement complet.

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 visées au VIII.2 du chapitre 2 du titre II de la LPP (Liste des Produits et Prestations établie par l'assurance maladie). Cette évolution de la réfraction doit faire l'objet d'une nouvelle prescription ophtalmologique.

L'Institution, doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit par l'assuré concerné auprès de l'Institution.



AIDES AUDITIVES	
Équipement 100 % santé * (Classe I)	SS et TM inclus
Équipement Adulte (plus de 20 ans)	100 % FR par oreille <i>Dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée, (classe I)</i>
Équipement tarifs libres (Classe II)	SS et TM inclus
Équipement Adulte (plus de 20 ans)	1 700 € par oreille
Soins, Piles, accessoires, consommable	100 % BR

*tel que défini réglementairement (cf. le paragraphe relatif au Contrat solidaire et responsable défini dans la présente notice).

L'Institution prend en charge une aide auditive par période de 4 ans/oreille suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Tout remboursement accordé par l'Assurance Maladie obligatoire avant la fin de ce délai n'engage pas l'Institution.

L'appréciation de la période de renouvellement susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'Institution, doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit par l'assuré concerné auprès de l'Institution.



DENTAIRE		
Soins	350 % BR	
Prothèses 100 % santé *	100 % FR <i>dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés</i>	
Prothèses	Panier maîtrisé	500 % BR <i>dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés</i>
	Panier libre	500 % BR
Inlay onlay	Panier maîtrisé	470 % BR <i>dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés</i>
	Panier libre	470 % BR
Prothèse non remboursée par la Sécurité sociale	500 % BR reconstituée ⁽²⁾	
Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale	1 720 € / année civile / bénéficiaire	
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	620 € / année civile / bénéficiaire	
Orthodontie	Remboursée par la Sécurité sociale	500 % BR
	Non Remboursée par la Sécurité sociale	300 % BR reconstituée ^{(2) (3)}

(1) telles que définies réglementairement (cf. le paragraphe relatif au Contrat solidaire et responsable défini dans la présente notice)

(2) BR reconstituée = vise la base de remboursement qui aurait été appliquée pour un acte identique remboursé par la Sécurité sociale.

(3) En cas de résiliation du contrat avant la fin d'un traitement d'orthodontie non remboursé par la Sécurité sociale, la prise en charge par l'Institution sera effectuée au prorata temporis, en fonction de la durée effective de couverture.



HOSPITALISATION *		
Honoraires	<i>Signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO</i>	100 % FR
	<i>Non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO</i>	200 % BR
Forfait journalier hospitalier		100 % FR
Forfait patient urgence		100 % FR
Frais annexes (frais de salle d'opération, d'aide opératoire et pharmacie extra-usuelle liée à l'acte)		100 % FR
Frais de séjour	<i>Établissement conventionné</i>	100 % FR
	<i>Établissement non conventionné</i>	90 % FR
Chambre particulière (y compris en ambulatoire)		150 € / jour
Frais de transport		100 % FR

* Les frais d'opération de chirurgie esthétique ne sont pas pris en charge par l'Institution, sauf en cas de prise en charge par la Sécurité sociale.

SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX COMME LES MAISONS D'ACCUEIL SPÉCIALISÉES (MAS) OU LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES DÉPENDANTES (EHPAD)

Les frais relatifs à ces séjours ne sont pas pris en charge par l'Institution à l'exception des :

SÉJOURS RELATIFS AUX INSTITUTS MÉDICO-ÉDUCATIFS OU MÉDICO-PÉDAGOGIQUES

Frais de séjour	<i>Établissement conventionné</i>	100 % FR
	<i>Établissement non conventionné</i>	90 % FR

MATERNITÉ OU ADOPTION

Forfait naissance ou adoption	150 € par enfant ou par adoption
--------------------------------------	---

Cette prestation est versée au Participant, père ou mère de l'enfant, sous réserve de fournir à l'Institution un extrait d'acte de naissance ou d'adoption. Seule la naissance ou l'adoption, survenue durant la période de couverture du Participant, donne lieu au versement du forfait.

En aucun cas, cette prestation n'est destinée à la prise en charge des dépassements d'honoraires, tels que visés à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale et restant à charge du Participant.

Frais de séjour	<i>Établissement conventionné</i>	100 % FR
	<i>Établissement non conventionné</i>	90 % FR
Forfait patient urgence		100 % FR
Chambre particulière		150 € / jour
Dépassements d'honoraires sur les consultations et examens prénatals et postnatals		Pris en charge au titre du poste « Soins courants » ci-avant
Dépassements d'honoraires sur les actes de chirurgie et/ou d'anesthésie liés à l'accouchement		Pris en charge au titre du paragraphe « Honoraires » du poste « Hospitalisation » ci-avant



AUTRES PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Cures thermales	720 € / cure Dans la limite des frais restant à charge <i>Sur présentation des justificatifs de dépenses</i>
Médecine douce (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, diététique, podologie, psychomotricité, ostéodensitométrie, acupuncture, pédicurie, psychothérapie, psychologie, ergothérapie)	80 % des frais réels limité à 200 € / année civile / bénéficiaire
Panier automédication : <ul style="list-style-type: none"> . Sevrage tabagique : Traitements sous forme de patchs, gommes ou comprimés . Contraception : Tous moyens contraceptifs féminins ou masculins non pris en charge par la Sécurité sociale . Rhume et rhinite allergique : Décongestionnant, paracétamol, antihistaminique, vasoconstricteur, vitamine C . Trousse du voyageur : <i>Trousse minimale du voyageur (anti diarrhéique, protection solaire);</i> <i>Trousse des premiers soins dermiques (anti-brûlure, antihistaminique, antiseptique local);</i> <i>Trousse complète du voyageur itinérant (antipaludéens, protection anti-moustiques, prévention mécanique des risques de thrombose (bas et chaussettes de contention).</i> - Homéopathie 	80 % des frais réels limité à 100 € / année civile / bénéficiaire
Vaccins prescrits médicalement	100 % FR

AUTRES PRESTATIONS REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Cures thermales	720 € / cure En complément des prestations de la SS et dans la limite des frais restant à charge <i>Sur présentation des justificatifs de dépenses</i>	
Psychologues conventionnés dans la limite de 12 consultations / année civile / bénéficiaire *	<i>Première consultation d'évaluation</i>	50 € / consultation
	<i>Autres consultations</i>	50 € / consultation
* <i>telles que définies réglementairement (cf. le paragraphe relatif au Contrat solidaire et responsable défini dans la présente notice).</i>		

SERVICE ASSISTANCE :

Le Conjoint ayant droit bénéficie également du service assistance du Participant *
Le descriptif du service fait l'objet d'un document annexé à la présente notice

* Ces garanties sont souscrites par IPECA PRÉVOYANCE auprès de MONDIAL ASSISTANCE (Fragonard Assurances), SA au capital de 37 207 660 €479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances- Siège social : 2 Rue Fragonard - 75017 Paris, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

D'autres services sont à disposition du Participant.
Pour en prendre connaissance, il convient de se connecter à son Espace privé ipeca.fr

2.2 Modalités de remboursements

Les remboursements sont réglés directement par virement sur compte bancaire.

Le Participant bénéficie d'un bordereau récapitulatif mensuel de ses remboursements IPECA PRÉVOYANCE incluant ceux du Conjoint.

En tant qu'organisme complémentaire à la Sécurité sociale, IPECA PRÉVOYANCE procède aux remboursements à partir du décompte de la Sécurité sociale, sous forme papier ou sous forme électronique (NOEMIE).

NOEMIE, système d'échanges informatiques de données entre le centre de Sécurité sociale, dont dépende le Conjoint, et IPECA PRÉVOYANCE, a été conçu pour simplifier les démarches et garantir une plus grande rapidité de traitement des remboursements.

2.2.1 Le Participant a opté pour NOEMIE pour son Conjoint

IPECA PRÉVOYANCE se charge de connecter le Conjoint du Participant, en fonction de son choix de faire intervenir IPECA PREVOYANCE en 1^{er} rang, au système NOEMIE lors de son adhésion ou ultérieurement Le Participant adressera alors, de préférence, via son espace privé à IPECA PREVOYANCE la copie de l'attestation Sécurité sociale de son Conjoint.

Le Participant peut également effectuer pour son Conjoint une demande ou mise à jour de télétransmission NOEMIE, de préférence, depuis son Espace Privé ipeca.fr.

En attendant que la télétransmission soit active, il convient que le Participant adresse les décomptes de remboursement Sécurité sociale de son Conjoint à IPECA PRÉVOYANCE.

Lorsque cette dernière est mise en place et active, les décomptes de Sécurité sociale comportent la mention « *les données ont été transmises à votre organisme complémentaire* ». Il est alors inutile de continuer à les transmettre à IPECA PRÉVOYANCE.

Toutefois, si cette mention ne figure pas sur les décomptes de remboursement Sécurité sociale alors que le Participant a demandé à faire bénéficier son Conjoint de la télétransmission, il suffira de contacter IPECA PRÉVOYANCE, de préférence, via son espace privé ipeca.fr.

2.2.1 Le Participant n'a opté pas pour NOEMIE pour son Conjoint

Il convient alors de transmettre, de préférence, via l'espace privé du Participant une copie du décompte de la Sécurité sociale de son Conjoint.

Il est possible également de transmettre par courrier l'original du décompte Sécurité sociale à l'adresse suivante :



IPECA PRÉVOYANCE

À l'attention du service Frais de santé
5 rue Paul Barruel
75740 Paris cedex 15

2.3 Décompte des remboursements IPECA PRÉVOYANCE

Il est possible d'accéder aux décomptes IPECA PRÉVOYANCE via l'Espace Privé ipeca.fr et visualiser les 15 derniers remboursements. Le Participant peut aussi effectuer une recherche par période, par bénéficiaire ou par nature de soins et imprimer le détail de ces remboursements.



ZOOM Comment ouvrir son compte sur ipeca.fr ?

- 1/ Accéder au site ipeca.fr et se rendre sur la page d'accueil de l'espace particulier.
- 2/ Cliquer sur « *Créer un compte* » à partir de la fenêtre de connexion à droite de son écran. Le Participant peut visualiser ses 15 derniers remboursements mais aussi effectuer une recherche par période, par bénéficiaire ou par nature de soins et imprimer le détail de ces remboursements. Simple et rapide d'utilisation, il maîtrise ainsi mieux ses dépenses.
- 3/ Se laisser guider et renseigner les informations demandées (se munir de son n° de Participant).
- 4/ Pour des raisons de sécurité, le Participant reçoit instantanément un courriel contenant un lien de confirmation valable 24 heures. Cliquer alors sur ce lien de confirmation et accéder à la fenêtre de connexion. Le Participant peut se connecter en toute tranquillité et profiter des services de son Espace Privé IPECA.



Aussi sur l'App MyIPECA

Le Participant peut aussi consulter le détail de ses remboursements santé directement sur l'application MyIPECA, et télécharger sa carte de tiers payant.

2.4 Les avantages de l'Espace Privé

Retrouver ses informations Santé

Consulter et télécharger le détail de ses prestations.

Visualiser les services à votre disposition dans la rubrique « *mes services* ».

Effectuer toutes les démarches en ligne

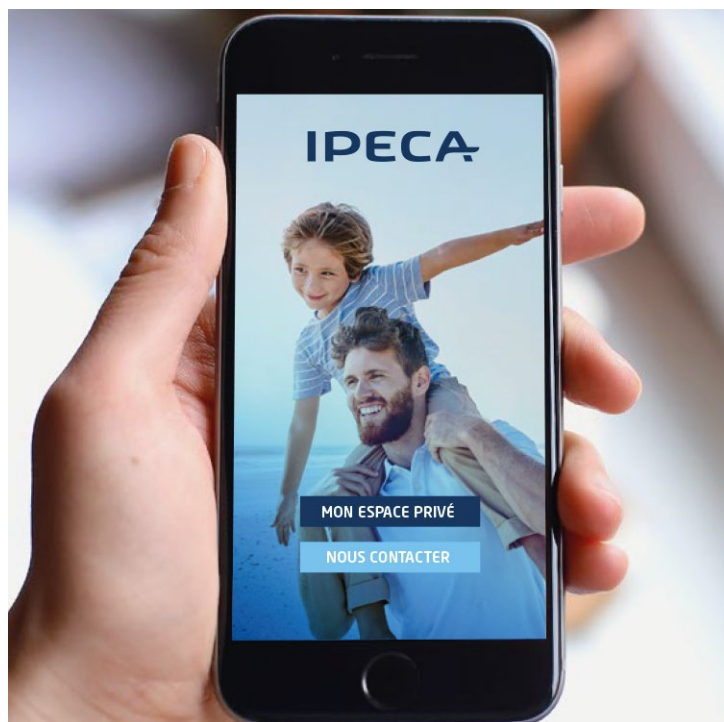
Télécharger et imprimer ses décomptes de prestations santé, son relevé de situation ou son attestation d'affiliation directement depuis son Espace Privé. Si le Participant est détenteur d'une garantie individuelle il a la possibilité de télécharger son appel de cotisations.

- > **Demander une prise en charge**, la télétransmission NOEMIE, télécharger sa carte de tiers payant.
- > **Mettre à jour ses coordonnées** (situation de famille, bénéficiaire santé, coordonnées bancaires, adresse courriel...) à tout moment.
- > En optique, dentaire, audioprothèse ou pour des honoraires chirurgicaux et hospitaliers, **faire analyser son devis par nos services si besoin d'engager des dépenses importantes.** À partir du devis du praticien nous informons le Participant par courriel, sous 72 h, des remboursements et du montant du reste à charge en fonction du contrat souscrit.

En pratique : adresser le devis du praticien par courriel, via l'Espace Privé dans la rubrique « Déposer une pièce » ou « Devis dentaire ».

Contrôler son budget

- > Visualiser ses remboursements de santé avec possibilité de recherche par période, par bénéficiaire ou nature de soins.
- > Possibilité d'effectuer une demande de duplicata en ligne.



Rester connecté avec MyIPECA !

- > Rester informé à tout moment de ses remboursements santé.
- > Garder sa carte de tiers payant à portée de main.
- > Envoyer ses pièces administratives facilement.
- > Suivre l'avancement de ses remboursements grâce à un système de notifications.

Fonctionnalités :

- > Consulter et télécharger tous ses remboursements santé.
- > Télécharger sa carte de tiers payant.
- > Envoyer ses pièces administratives avec la fonction « Transmettre un document ».
- > Suivre les évolutions de son compte.
- > S'abonner aux relevés dématérialisés et recevoir des notifications d'information lorsqu'un nouveau relevé de remboursement est disponible.
- > Filtrer ses relevés de remboursement par nature et par date de soin, par date de remboursement ou par bénéficiaire.
- > Être informé (e) des actualités liées au monde de la santé.

Une fois téléchargée, renseigner son identifiant (adresse courriel) et mot de passe (Le même que pour l'Espace Privé).

Si le compte dans l'Espace Privé n'est pas encore ouvert, ne pas hésiter à le créer.

Flasher le code en visant avec l'écran de son smartphone



2.5 Justificatifs à fournir

Que le Conjoint du Participant bénéficie ou non de NOEMIE, le Participant devra pour certains actes concernant son Conjoint, faire parvenir à IPECA PRÉVOYANCE, de préférence, via son espace privé, les justificatifs suivants :

Honoraires	Établissement conventionné : factures acquittées ou factures accompagnées d'un reçu de paiement Établissement non conventionné : factures
Frais annexes :	Établissement conventionné : factures acquittées ou factures accompagnées d'un reçu de paiement Établissement non conventionné : factures Les dépenses à caractère personnel (téléphone, télévision...) sont exclues de la garantie.
Frais de séjour	Établissement conventionné : factures acquittées ou factures accompagnées d'un reçu de paiement Établissement non conventionné : factures
Optique	Copie de la prescription médicale et facture indiquant le prix de chaque verre ou lentille, de la monture
Chirurgie réfractive	Copie de la facture relative à l'intervention chirurgicale
Prothèses dentaires	Facture détaillée
Implantologie	Facture détaillée.
Autres frais dentaires	Facture détaillée
Orthodontie	Facture détaillée
Aide auditive	Facture détaillée
Matériel médical	Facture détaillée
Cure thermique non remboursée par la Sécurité sociale	Factures (cure, hébergement, transport)
Cure thermique remboursée par la Sécurité sociale	Factures (cure, hébergement, transport) Sont pris en considération pour le versement de la prestation, le forfait thermal, le forfait surveillance, les frais de transport et d'hébergement. Les frais médicaux complémentaires, remboursés par la Sécurité sociale, ne sont pas pris en charge au titre de la cure mais sont remboursés au titre des soins courants.
Médecine douce	Facture acquittée
Maternité	Les décomptes de la Sécurité sociale relatifs au suivi de grossesse, les factures relatives à l'accouchement ; L'extrait d'acte de naissance ou le certificat d'adoption de l'enfant du Participant.

En tout état de cause, d'autres éléments pourront être demandés par l'Institution

Pour que le Participant soit remboursé, il est nécessaire que le professionnel de santé soit identifié par un numéro RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de santé).

Si le Conjoint dispose de deux garanties complémentaires santé

Si le Conjoint du Participant bénéficie d'une autre complémentaire santé, il peut alors cumuler les remboursements de cette dernière et de la couverture IPECA PRÉVOYANCE, dans la limite des frais réels. Cependant, la transmission automatique des données Sécurité sociale ne peut fonctionner qu'avec un seul organisme complémentaire. Il appartient alors au Conjoint de désigner son organisme complémentaire NOEMIE. Lorsqu'IPECA PRÉVOYANCE intervient en deuxième rang, il doit adresser à l'Institution, de préférence, via l'espace privé du Participant, l'original du bordereau de règlement émis par le 1^{er} organisme complémentaire accompagné des justificatifs, copies des factures et ordonnances optique et copie des factures dentaires détaillées élément par élément.

Lorsque le Conjoint a déjà reçu un remboursement d'un autre organisme de même nature, le remboursement résultant du présent contrat sera servi sous déduction de celui de l'autre organisme et dans la limite des garanties prévues dans la présente notice et des frais réellement exposés.

2.6 Tiers payant : dispense d'avance de frais

Le Conjoint bénéficie d'une carte de tiers payant, téléchargeable à partir de l'espace privé du Participant. Elle permet d'éviter de faire l'avance des frais de santé courants, les frais d'hospitalisation en établissement conventionné, si le professionnel de santé l'accepte et dans la limite des prestations prévues au contrat.

Toutefois, le dispositif ne s'applique pas aux hospitalisations en psychiatrie. Il conviendra d'en faire la demande à l'Institution, qui délivrera un accord de prise en charge directement à l'établissement hospitalier conventionné.

De nombreux établissements hospitaliers proposeront d'effectuer les démarches eux-mêmes, afin d'obtenir une prise en charge préalable : le Conjoint doit leur présenter sa carte de tiers payant, les modalités étant indiquées au verso.

Pour la plupart des professions de santé, le tiers payant IPECA PRÉVOYANCE nécessite l'utilisation du tiers payant Sécurité sociale. Il est donc indispensable de présenter simultanément les deux cartes (carte de tiers payant IPECA PRÉVOYANCE et carte Vitale).

IPECA PRÉVOYANCE règlera alors directement les frais aux professionnels de santé, dans la limite des prestations prévues au contrat.

Attention, si le Conjoint bénéficie du tiers payant Sécurité sociale sans que le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier ne pratique le tiers payant pour la part complémentaire : il faudra adresser à IPECA PRÉVOYANCE le reçu de paiement ou en cas d'hospitalisation la facture acquittée destinée au patient.

Ce justificatif de paiement de la part complémentaire est indispensable pour obtenir le remboursement par IPECA PRÉVOYANCE.

#3

DISPOSITIONS GENERALES



3.1 Cessation des garanties

Le Conjoint cesse de bénéficier des garanties du présent contrat sur - complémentaire N°1326/804 lorsqu'il cesse de bénéficier des garanties du contrat socle AIRBUS SAS n°2221/802, à savoir dans les cas suivants :

Pour rappel, le Conjoint cesse de bénéficier des garanties du contrat socle AIRBUS SAS n°2221/802, lorsque le Participant cesse lui-même de bénéficier des garanties du contrat socle AIRBUS SAS n°2221/801, à savoir dans les cas suivants :

- **En cas de rupture du contrat de travail du Participant ou à la fin de la période de portabilité pour les anciens salariés indemnisés en bénéficiant ;**
- **En cas de la suspension du contrat de travail du Participant n'ouvrant droit à aucune indemnisation de la part de son employeur, sous réserve toutefois de l'application des dispositions prévues ci-dessous aux paragraphes « *Suspension du contrat de travail du Participant non indemnisée* » et « *Suspension du contrat de travail en période de réserve militaire ou policière* » ;**
- **À la date de la liquidation de la pension de retraite du Participant servie par un régime obligatoire de Sécurité sociale, sauf situation de poursuite ou de reprise d'une activité salariée au sein de l'Entreprise Adhérente, autorisée par la réglementation en vigueur ;**
- **En cas d'exclusion du Conjoint à l'issue de la procédure légale prévue en cas de non-paiement de la cotisation par le Participant ;**
- **En cas de décès du Participant ;**
- **Au jour où le contrat souscrit par l'Entreprise Adhérente n'est plus en vigueur (résiliation du contrat d'assurance collectif).**
- **A la date de prise d'effet de la résiliation par l'Institution ou par l'Entreprise Adhérente, du contrat 2221/801 entraînant la résiliation du contrat 2221/802 et par conséquent la résiliation du présent contrat sur - complémentaire n°1326/804.**

Les évènements survenus antérieurement à l'affiliation du Conjoint ou après la date de sa radiation ne donnent lieu à aucune prestation. Les frais seront pris en charge par l'Institution en fonction de la date de soin retenue par la Sécurité sociale, à défaut la date de facturation du praticien ou du fournisseur, s'ils interviennent pendant la période d'affiliation.

La radiation du Participant entraîne, à la même date, celle de son Conjoint.

Le Participant s'engage à restituer, directement ou par l'intermédiaire de l'Entreprise Adhérente, la carte de tiers payant de son Conjoint.

3.2 Maintien des garanties au Conjoint du Participant en cas de suspension du contrat de travail du Participant

3.2.1 Suspension du contrat de travail du Participant indemnisée :

En cas de suspension du contrat de travail du Participant indemnisée, le contrat facultatif n°2221/802 au profit du Conjoint est maintenu.

Par conséquent le présent contrat sur - complémentaire n°1326/804 au profit du Conjoint est également maintenu.

3.2.2 Suspension du contrat de travail du Participant non indemnisée :

En cas de suspension du contrat de travail du Participant ne donnant lieu à aucune indemnisation, les garanties du contrat socle n°2221/801 sont suspendues, entraînant la suspension du contrat facultatif n° 2221/802 au profit du Conjoint du Participant.

Par conséquent, le contrat sur - complémentaire n°1326/804 au profit du Conjoint est également suspendu.

Toutefois, pendant cette période de suspension, les garanties sont maintenues au bénéfice du Conjoint pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, dès lors qu'il y aura eu paiement de la cotisation pour le mois en cours. De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Au terme du maintien des garanties dans les conditions mentionnées au précédent paragraphe, si le Participant a demandé le maintien de ses garanties au titre du contrat socle n° 2221/801 entraînant le maintien des garanties du contrat n° 2221/802 au profit de son Conjoint, alors le bénéficiaire du présent contrat sur - complémentaire n°1326/804 au profit du Conjoint, sera également maintenu.

Le maintien du présent contrat au profit du Conjoint s'effectue sous réserve du paiement des cotisations par le Participant à l'Institution.

3.2.3 Suspension du contrat de travail du Participant en période de réserve militaire ou policière

Le présent contrat est maintenu au Conjoint du Participant lorsque ce dernier effectue une période de réserve militaire ou policière sous réserve du paiement des cotisations par le Participant à l'Institution.

3.3 Maintien des garanties dans le cadre de la Portabilité

Si le Conjoint du Participant bénéficie de la portabilité des droits au titre du contrat n° 2221/802, il bénéficiera également du maintien des garanties santé au titre du contrat sur - complémentaire n°1326/804 durant toute la période de portabilité.

3.4 Maintien des garanties frais de soins de santé au titre de la loi Évin

3.4.1 En cas de décès du Participant

3.4.1.1 Dispositions de l'article 4 de la loi « Évin » :

Après le décès du Participant, les garanties du présent contrat collectif frais de santé peuvent être maintenues, moyennant le paiement d'une cotisation, au profit du Conjoint du Participant décédé. Ce maintien est accordé, pour une durée minimale de douze mois, sous réserve que le Conjoint en fasse la demande à l'Institution dans les six mois suivant le décès du Participant.

L'Institution devra adresser une proposition de maintien de garanties au Conjoint visé ci-avant, dans un délai de deux mois à compter du décès du Participant.

3.4.1.2 Maintien gratuit au Conjoint du Participant décédé :

Toutefois, l'Institution assure, le maintien des garanties frais de santé au Conjoint du Participant décédé sans paiement des cotisations, pour une durée maximale de douze mois. Par conséquent, la période de maintien gratuit précède la période de maintien loi Évin tel que visé ci-dessus.

3.5 Prescription

Toutes actions relatives aux prestations sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions et sous les réserves définies :

À l'article L.932-13 du Code de la Sécurité sociale, ce délai de prescription ne court :

- **En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Participant, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;**
- **En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.**

Quand l'action de l'Entreprise Adhérente, du Participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où le tiers a exercé une action en justice contre l'Entreprise Adhérente, le Participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- **La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'Institution du droit du Participant à bénéficier de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),**
- **L'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code civil),**

- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2444 du Code civil),
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés soit à l'Entreprise Adhérente par l'institution de prévoyance en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par le Participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation

3.6 Contrôle médical

L'Institution se réserve le droit de procéder ou faire procéder à tous contrôles, y compris sur dossier, afin d'apprécier si la nature du sinistre et les circonstances de sa survenance justifient le paiement des prestations ou pour valider la pertinence de certains frais médicaux et ainsi refuser la prise en charge de dépenses abusives ou inutiles.

En cas de refus ou d'entrave, l'Institution suspendra le versement des prestations.

En cas de désaccord entre l'Institution et le Participant, il peut être fait application de la procédure d'arbitrage définie ci-dessous.

Les médecins et experts désignés par l'Institution pourront solliciter le concours du Participant ou du bénéficiaire afin de pouvoir constater son état à tout moment. Ce contrôle s'effectuera soit par analyse du dossier médical, soit par consultation.

Le Participant doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toutes expertises ou examens demandés par l'Institution, lesquels auront lieu en France.

Les décisions prises par l'Institution, en fonction des conclusions du Médecin désigné par l'Institution ou de l'expert dûment mandaté par ses soins, sont notifiées au Participant ou au bénéficiaire par courrier recommandé avec avis de réception.

Le droit aux prestations peut être refusé, interrompu ou réduit, en raison des conclusions des médecins et experts désignés par l'Institution, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

Le Participant peut en contester le bien-fondé dans les dix jours suivant la date de première notification au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée, sous pli confidentiel, au Médecin désigné par l'Institution par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé du Participant ou du bénéficiaire, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par le Participant ou le bénéficiaire et le médecin délégué par l'Institution.

Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes ou s'il est décidé de procéder directement à un arbitrage, le Participant ou le bénéficiaire et l'Institution choisissent un médecin arbitre pour les départager. Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par voie judiciaire.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin, et par moitié, ceux du médecin arbitre.

3.7 Fausse déclaration

3.7.1 Fausse déclaration intentionnelle

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle du Participant change la nature du risque ou en fausse l'appréciation pour IPECA PREVOYANCE, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Participant a été sans influence sur la réalisation du risque, la garantie accordée par l'Institution à ce Participant est nulle. Les cotisations payées à ce titre demeurent acquises à l'Institution.

3.7.2 Fausse déclaration non intentionnelle

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du Participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'Institution a le droit de maintenir l'adhésion du Participant moyennant une augmentation de cotisation acceptée par ce-dernier. À défaut d'accord de celui-ci, le contrat prend fin dix jours après notification adressée au Participant par lettre recommandée. L'Institution restitue à celui-ci 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 des cotisations payées par le Participant par rapport aux taux de cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

3.8 Lutte contre la fraude

Si, à l'occasion d'une demande de remboursement, le Participant ou ses ayants droit fournissent intentionnellement des documents falsifiés ou frauduleux (fausses factures, faux décomptes d'Assurance Maladie, fausses déclarations d'hospitalisation, notamment), ces derniers s'exposent à des poursuites pénales, ainsi qu'à la perte de tout droit à remboursement pour cette demande. Ils seront tenus au remboursement des sommes indument perçues.

La preuve de ces fausses déclarations intentionnelles incombe à l'Institution.

En cas de fraude avérée, le Participant pourra faire l'objet d'un contrôle de ses remboursements à venir par l'Institution.

3.9 Clause de territorialité

Les garanties sont acquises aux Participants exerçant leur activité :

- Sur le territoire français (départements et collectivités d'outre-mer compris),
- Ou hors de ce territoire :

- À l'occasion de séjours professionnels ou personnels de moins de 3 mois par an, en une ou plusieurs périodes ;
- Ainsi qu'aux salariés détachés au sens des articles L761-1 et 2 du Code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils bénéficient des remboursements d'un régime obligatoire d'Assurance maladie français.

Sous ces conditions, l'Institution prend en charge les actes et soins de santé réalisés en France ou engagés à l'étranger, à condition d'une prise en charge par un régime obligatoire d'Assurance maladie français. Le remboursement complémentaire intervient sur la base du tarif pris en charge par le régime de base français, quelle que soit la dépense engagée, et est payé en euros.

3.10 Réclamation et médiation

3.10.1 Réclamation

Pour toute réclamation, le Participant peut adresser directement sa réclamation en spécifiant son objet, aux adresses suivantes :

- **Via ipeca.fr** en complétant le formulaire en ligne « *Vous souhaitez nous faire part d'une réclamation* » (accessible à partir de la page Contacts du site internet ipeca.fr).
- **Par courrier :**



IPECA PRÉVOYANCE

À l'attention du service Clients et Réclamations
5 rue Paul Barruel
75740 Paris cedex 15

En tout état de cause, l'Institution :

- Accusera réception de la réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de son envoi par le Participant à l'Institution, sauf si une réponse est apportée dans ce délai au Participant ou à l'Entreprise Adhérente ;
- Apportera une réponse définitive au client dans un délai de 2 mois à compter de l'envoi de la réclamation par le Participant à l'Institution.

3.10.2 Médiation

En cas de désaccord sur la réponse apportée à cette réclamation ou en l'absence de réponse dans un délai de 2 mois à compter de la date d'envoi de la réclamation, l'Entreprise Adhérente ou le Participant a la possibilité de saisir gratuitement le Médiateur de l'Institution sur simple demande, à l'adresse suivante :



Le Médiateur de la protection sociale (CTIP)

10, rue Cambacérès
75008 Paris

Ou via le formulaire sur le site ctip.asso.fr rubrique « *Médiation* ».

Le Médiateur est une personne indépendante qui s'engage à formuler un avis motivé dans les 90 jours suivant la date de la notification au demandeur de la saisine du Médiateur. Ce délai peut être prolongé à tout moment en cas de litige complexe. Son avis n'engage pas les parties concernées qui restent libres de recourir aux juridictions compétentes.

3.11 Protection des données personnelles

Dans le cadre de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, notamment du Règlement général relatif à la protection des données (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, IPECA PREVOYANCE, en tant que Responsable de Traitement, vous informe qu'elle met en œuvre des traitements de données à caractère personnel vos concernant, ainsi que vos ayants droit.

✓ **Quelles sont les données personnelles traitées par IPECA PREVOYANCE ?**

IPECA PREVOYANCE traite les catégories de données suivantes :

- Données d'identification et de contact : nom, prénom, lieu et date de naissance, adresse postale et électronique, numéro de téléphone, sexe, Numéro de Sécurité sociale (NIR) ;
- Données d'authentification : adresse IP, identifiants de connexion utilisés lors de l'accès à l'Espace Privé du site Ipeca.fr ou de l'utilisation de l'application mobile MyIpeca ;
- Données relatives à la vie personnelle : situation familiale, statut marital, enfant à charge ;
- Données relatives à la vie professionnelle : dénomination de l'employeur, rémunération, catégorie socio-professionnelle ;
- Données économiques et financières : Relevé d'Identité Bancaire (RIB), Mandat de prélèvement SEPA) ;
- Données de santé : devis et factures de professionnels de santé, ordonnances médicales, analyses de laboratoires biologiques et radiologiques, décomptes Sécurité sociale, certificats médicaux, certificats d'arrêt de travail, questionnaires médicaux, expertises médicales.

Les données collectées sont indispensables aux traitements décrits ci-dessus. En conséquence, IPECA PREVOYANCE vous informe du fait qu'un défaut de réponse de votre part ou un défaut d'actualisation de vos données, pourrait nuire, voir rendre impossible l'exécution de vos garanties.

✓ **Pourquoi avons-nous besoin de traiter vos données personnelles ?**

Ces traitements sont nécessaires à :

- La passation du contrat d'assurance, y compris l'étude des besoins spécifiques de la personne dans l'exercice du devoir de conseil ;
- La souscription, la gestion (notamment appels de cotisation, émission et conservation des documents comptables afférents), y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance (versement des prestations et toute opération courante de la vie du contrat) ;

- L'exercice de recours, notamment recours contre tiers lorsque les prestations remboursées relèvent d'un accident causé par un tiers, la gestion de demandes d'informations, de réclamations et de contentieux ; L'exécution des dispositions légales, règlementaires et administratives en vigueur, y compris celles relatives à la protection de la clientèle, à la protection des données personnelles, à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et le respect de la réglementation en matière de sanctions internationales, embargos et gel des avoirs et les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques ;
- La mise en œuvre du dispositif de lutte contre la fraude à l'assurance, pouvant conduire notamment à :
 - l'analyse et la détection des actes réalisés dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats présentant une anomalie, une incohérence ou ayant fait l'objet d'un signalement pouvant révéler une fraude à l'assurance ;
 - la gestion des alertes dans le cadre des communications de l'Association pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) ;
 - l'inscription sur une liste de personnes auteurs d'actes qualifiés de fraude ou de tentative de fraude externe dans le cadre de la transmission de données avec l'ALFA, dans le respect des règles applicables et sur la base de l'intérêt légitime d'IPECA PREVOYANCE ;
 - la gestion des procédures amiables ou contentieuses le cas échéant.
- La mise en œuvre d'actions de prévention ou d'action sociale, notamment dans le cadre du degré élevé de solidarité ;
- L'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses en vue d'assurer la sécurité et la continuité d'activité des services, ainsi que de proposer des produits et services à destination des entreprises adhérentes et des Participants ;
- La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination des Participants ;

La réalisation d'études de satisfaction ou d'amélioration de la qualité de service notamment la réalisation d'enquêtes de satisfaction à chaud et/ou à froid.

Ces traitements ont pour base légale :

- Prospection commerciale par voie électronique : le consentement du Participant, ou l'intérêt légitime du Responsable de Traitement lorsque la réglementation l'autorise (Participant existants pour produits ou services similaires, sous réserve du droit d'opposition) ;
- Lutte contre la fraude à l'assurance : l'intérêt légitime du Responsable de Traitement ;
- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, gestion des sanctions internationales, embargos et gels des avoirs, protection de la clientèle, protection des données personnelles : le respect des obligations légales et règlementaires incombant à IPECA PREVOYANCE ;

- Élaboration de statistiques, y compris commerciales, et réalisation d'études actuarielles : l'intérêt légitime du Responsable de Traitement ;
- Mise en œuvre d'actions de prévention et du degré élevé de solidarité : l'exécution du contrat d'assurance lorsque ces actions sont prévues contractuellement ou l'intérêt légitime du responsable de traitement dans les autres cas ;
- Gestion de la relation contractuelle, y compris la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, la gestion des garanties et prestations, ainsi que le suivi des relations avec les participants et leurs ayants droit : l'exécution du contrat. Dans ce cas, le refus du membre participant de fournir les données nécessaires entraîne l'impossibilité de conclure ou d'exécuter le contrat ;
- Opérations de comptabilité et de gestion : obligations légales et réglementaires incombant à IPECA PREVOYANCE.

IPECA PREVOYANCE s'engage à ne pas exploiter les données personnelles des Participants pour d'autres finalités que celles précitées.

Les données de santé du Participant, traitées par notre personnel habilité, ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales ou pour proposer des produits ou services sans lien direct avec le contrat ou les garanties souscrites.

✓ **Pendant combien de temps IPECA PREVOYANCE conserve-t-elle vos données personnelles ?**

Les données personnelles précitées, collectées et traitées dans le cadre de la conclusion et de la gestion du contrat, seront conservées pendant la durée du contrat, ainsi que jusqu'à l'expiration des durées de prescription applicables, sauf dispositions légales imposant une durée plus longue.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données personnelles sont conservées jusqu'au retrait du consentement ou, à défaut, pendant une durée maximale de trois ans à compter du dernier contact émanant de la personne (demande de renseignement ou de documentation, par exemple).

En cas d'inscription sur une liste de lutte contre la fraude, les données personnelles sont conservées cinq ans à compter de la clôture du dossier de fraude.

✓ **A qui sont transmises vos données personnelles ?**

Ces données sont destinées aux personnes habilitées au sein des services internes d'IPECA PREVOYANCE, dans le strict respect des finalités précitées.

Pour les besoins des finalités décrites ci-dessus et dans les limites nécessaires à la poursuite de ces finalités, elles sont également susceptibles d'être communiquées à tout ou partie des destinataires suivants, chacun pour ce qui les concerne, pour assurer la gestion et l'exécution du contrat, notamment les intermédiaires d'assurance, les coassureurs, les réassureurs, les prestataires de services tels que les opérateurs de tiers-payant, les réseaux de soins, les délégataires de gestion, les assistants et autres opérateurs de services complémentaires au contrat d'assurance.

Elles pourront également être adressées aux organismes sociaux, fiscaux et aux organismes bancaires pour permettre le versement des prestations.

Elles pourront être transmises aux personnes intervenant au contrat telles que les avocats, experts, tuteurs, curateurs, enquêteurs ou professionnels de santé, les autorités administratives ou judiciaires saisies d'un litige, les juridictions, autorités de surveillance et de contrôle habilités à recevoir de telles données dans le cadre de leur mission, les arbitres,

médiateurs, auxiliaires de justice et officiers ministériels, notamment dans le cadre du recouvrement des créances, ainsi qu'à l'Alfa et à Tracfin. Enfin, elles pourront être transmises aux personnes chargées du contrôle de l'Institution, tels que les commissaires aux comptes, dans le cadre de l'exécution de leurs missions.

IPECA PREVOYANCE ainsi que les prestataires cités ci-dessus s'engagent à ce que les données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés. L'ensemble des données à caractère personnel du Participant sont traitées, par IPECA PREVOYANCE et les prestataires cités ci-dessus, dans des conditions garantissant leur sécurité, notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles adaptées.

✓ **Quels sont les droits dont vous disposez concernant vos données personnelles ?**

Vous disposez de l'ensemble des droits suivants :

- D'un droit à l'information sur vos données ;
- D'un droit d'accès de vos informations, qui vous permet d'obtenir la confirmation que les données vous concernant sont ou ne sont pas traitées et la communication d'une copie de l'ensemble des données personnelles détenues par le responsable de traitement vous concernant ;
- D'un droit de rectification de vos informations, qui vous permet de faire rectifier une information vous concernant lorsque cette dernière est obsolète ou erronée. Il vous permet également de faire compléter des informations incomplètes ou de les modifier vous concernant ;
- D'un droit d'effacement de vos données, qui vous permet d'obtenir l'effacement de vos données personnelles, sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans les cas où les données ne seraient plus nécessaires au traitement ;
- D'un droit de limitation du traitement de vos données, qui vous permet de limiter le traitement de vos données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif) en cas d'usage illicite de vos données, ou si vous contestez l'exactitude de celles-ci, ou s'il vous est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre vos droits ;
- D'un droit de demander la portabilité de certaines données, afin de les transmettre à un tiers. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que le membre participant a fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de l'utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion du contrat ;
- D'un droit d'opposition au traitement de vos données personnelles ;
- D'un droit de retirer votre consentement, à tout moment.

Vous pouvez exercer l'ensemble de ces droits par le biais du formulaire d'exercice des droits disponible sur l'Espace public du site ipeca.fr dans la rubrique « Contactez-nous », que vous pouvez adresser à l'une des adresses suivantes :

- par courrier électronique, à l'adresse suivante : dpd@ipeca-msae.fr

- ou par courrier postal, à l'adresse suivante : Délégué à la Protection des Données - 5 rue Paul Barruel - 75740 Paris Cedex 15.

Vous disposez également d'un droit de définir des directives relatives au sort de vos données en cas de décès. Il peut d'agir de directives générales, auprès d'un tiers de confiance, ou de directives particulières, auprès du responsable de traitement, concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données personnelles après votre décès. Ces directives sont modifiables et révocables à tout moment.

IPECA PREVOYANCE apporte la plus grande attention aux données à caractère personnel, néanmoins si vous considérez que le traitement de données les concernant constitue une atteinte à vos droits, vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (« CNIL »), par le biais de son site internet www.cnil.fr ou à l'adresse postale suivante : Commission nationale de l'informatique et des libertés, Service des plaintes, 3 Place de Fontenoy, TSA80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Enfin, vous pouvez consulter la politique de protection des données à caractère personnel IPECA PREVOYANCE par le biais de notre site internet ipeca.fr.

3.12 Subrogation

Conformément à l'article L931-11 du Code de la Sécurité sociale, l'Institution est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire des prestations contre les tiers responsables ou leurs assureurs, pour les prestations à caractère indemnitaire.

3.13 Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité Prudential et de Résolution - 4 Place de Budapest - 75436 paris cedex 09.



#4

LEXIQUE

Lexique général

Accident :

Atteinte corporelle non intentionnelle de la part d'un assuré ou adhérent provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent :

Dans le cadre d'un contrat collectif, l'adhérent est l'entreprise qui a adhéré au règlement de l'organisme complémentaire ou souscrit un contrat collectif auprès de lui et les assurés sont les salariés et anciens salariés. Ces derniers sont les bénéficiaires des garanties. Les assurés sont donc les personnes auxquelles s'appliquent les garanties du contrat, sans qu'elles en soient nécessairement les souscripteurs.

Leurs ayants droit peuvent également bénéficier de ces mêmes garanties dans les conditions définies au contrat.

Affection de longue durée (ALD) :

Il s'agit d'une maladie grave et/ou chronique reconnue par l'Assurance Maladie Obligatoire comme nécessitant un suivi et des soins coûteux et prolongés. Elles figurent sur une liste établie par décret sur avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) ou sont reconnues par le service du contrôle médical de l'Assurance Maladie Obligatoire. Le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements recommandés pour la prise en charge dans le cadre de l'ALD. Les dépenses liées aux soins et au traitement de cette maladie ouvrent droit, dans certaines conditions, à une prise en charge à 100 % de la base de remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD (exonération du ticket modérateur).

En revanche, les taux de remboursement habituels sont appliqués aux soins sans rapport avec l'ALD (exemple : 70 % de la base de remboursement pour les honoraires médicaux justifiés par des actes destinés à traiter d'autres affections que celle qui fait l'objet du protocole).

La Haute Autorité de Santé (HAS) édite des recommandations destinées à la communauté médicale et des guides expliquant aux patients en ALD les principaux éléments du traitement et du suivi de leur maladie. Par ailleurs, le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD.

Assurance Maladie Obligatoire (AMO) :

L'Assurance Maladie Obligatoire comprend l'ensemble des Régimes Obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents. Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé engagés. Synonyme : Sécurité sociale

Assurance Maladie Complémentaire (AMC) :

C'est l'ensemble des garanties, proposées par les différents organismes complémentaires d'assurance maladie, assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne et/ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire.

L'adhésion à une couverture maladie complémentaire est soit facultative, soit obligatoire (pour les salariés).

Ayant-droit au sens de l'Assurance Maladie Obligatoire :

L'ayant droit est une personne qui n'est pas assuré social à titre personnel mais qui bénéficie des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire en tant qu'enfant mineur d'un assuré social, par exemple.

Ayant droit au sens de l'Assurance Maladie Complémentaire :

L'ayant droit est une personne qui bénéficie de l'Assurance Maladie Complémentaire d'un Participant en raison de ses liens familiaux avec celui-ci. Cette définition d'ayant droit peut varier selon les organismes et est précisée dans les documents contractuels.

Bénéficiaire :

Personne qui bénéficie des garanties de complémentaire santé, soit :

- à titre personnel lorsqu'elle est la personne physique sur la tête ou sur les intérêts de laquelle repose l'assurance. On parle alors de Participant ;
- du fait de ses liens avec le Participant (enfant ou Conjoint...), on parle alors d'ayants droit.

Complémentaire Santé Solidaire (CSS) :

La Complémentaire santé solidaire est un dispositif de solidarité permettant d'aider les personnes ayant des revenus modestes à bénéficier d'une couverture complémentaire santé.

Selon le niveau de ressources du bénéficiaire, la Complémentaire santé solidaire est gratuite ou donne lieu à une participation financière dont le montant dépend de l'âge (1€ par jour maximum pour les personnes âgées de 70 ans et plus).

Elle donne droit, aux personnes éligibles, à la prise en charge de la part complémentaire (ticket modérateur) des dépenses de santé à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale pour les soins courants et hospitaliers. Le forfait journalier hospitalier (20 €/jour) est intégralement pris en charge quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

Elle permet aussi la prise en charge intégrale des lunettes, des aides auditives et des prothèses dentaires dans le cadre du 100 % Santé.

Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire

, sont exonérés de la participation forfaitaire appliquée notamment sur les consultations en ville et de la franchise appliquée sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

La Complémentaire santé solidaire peut être gérée, au libre choix du bénéficiaire, par l'Assurance Maladie Obligatoire ou par un organisme complémentaire d'assurance maladie participant au dispositif

Depuis le 1er novembre 2019, ce dispositif remplace les deux dispositifs qui existaient jusqu'alors, à savoir la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Les contrats ACS en cours au 1er novembre 2019 restent en vigueur jusqu'à leur échéance.

Contrat collectif :

C'est un contrat d'Assurance Maladie Complémentaire à adhésion obligatoire ou facultative souscrit par un employeur au bénéfice de ses salariés et généralement de leurs ayants droit (ou par une personne morale, par exemple une association, au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droits).

Lorsqu'il est à adhésion obligatoire, le contrat doit, d'une part, se conformer aux exigences prévues pour les contrats responsables et d'autre part, respecter des niveaux de garanties minimum spécifiques pour les prothèses dentaires et certains équipements d'optique médicale.

Contrat solidaire et responsable :

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme complémentaire d'assurance maladie ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé de l'individu couvert, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

En application des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, un contrat complémentaire frais de santé est qualifié de responsable dès lors qu'il respecte les obligations et les interdictions de prise en charge ainsi que les planchers

et les plafonds de garanties du cahier des charges.

Garanties :

C'est l'engagement de l'organisme complémentaire d'assurance maladie à assurer la prise en charge totale ou partielle de certains postes de dépenses qui composent la couverture complémentaire santé à un niveau prévu à l'avance par des documents contractuels.

Maladie :

Altération de la santé du Participant constatée par une autorité médicale compétente.

NOEMIE :

NOEMIE est le nom donné à la norme d'échange entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire. C'est par ce moyen que l'Assurance Maladie Obligatoire transmet aux organismes complémentaires les informations nécessaires au remboursement d'un Participant.

Parcours de soins coordonnés :

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Il concerne tous les bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire âgés de plus de 16 ans. Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonné une personne qui :

- > A déclaré un médecin traitant auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- > Consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », après lui avoir été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire est diminué

La majoration de la participation du Participant considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Participant :

Dans le cadre d'un contrat collectif, l'Adhérent est l'entreprise qui a souscrit au contrat collectif auprès de l'organisme complémentaire, et les Participants sont les salariés. Ces derniers sont les bénéficiaires des garanties du contrat, sans qu'ils en soient nécessairement les souscripteurs. Leurs ayants-droit peuvent également bénéficier de ces mêmes garanties dans les conditions définies au contrat.

Prestations :

Il s'agit des montants remboursés au Participant par l'organisme complémentaire d'assurance maladie en application de son contrat d'assurance (garanties et éventuels services associés).

Sur complémentaire :

Couverture ou contrat santé supplémentaire destinée à compléter les garanties d'une première Assurance Maladie Complémentaire sur certains postes de soins.

Une sur complémentaire « responsable » intervient en complément des garanties déjà couvertes par le premier contrat de complémentaire santé « responsable », l'intégralité des garanties offertes par les 2 contrats ne pouvant dépasser les limites imposées par le dispositif des contrats responsables.

Tacite reconduction :

Renouvellement automatique du contrat à l'échéance.

Taxe de solidarité additionnelle :

La taxe de solidarité additionnelle (TSA) est perçue sur tous les contrats d'assurance maladie complémentaire. Le taux de taxe varie selon que le contrat est responsable ou non et le type de garanties couvertes. Il est inférieur lorsque le contrat est responsable. Elle est collectée par les organismes complémentaires d'assurance maladie qui la versent annuellement à l'Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et des allocations familiales (URSSAF).

Le produit de cette taxe est affecté à titre principal au Fonds pour le financement de la Complémentaire santé solidaire.

Lexique santé

100 % Santé :

Dispositif par lequel les Participants couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et les complémentaires santé,

donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100 % Santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100 % Santé ».

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100 % Santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100 % Santé ».

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100 % Santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100 % Santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Base de remboursement Sécurité sociale :

Tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement.

On parle de :

> Tarif de convention (TC) 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 Obligatoire et les représentants de cette profession.

> Tarif d'autorité (TA) 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.

> Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Conventionné / non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire :

Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnels ou établissements de santé) a passé ou non une convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire et se conforme aux conditions et tarifs de facturation prévus par celle-ci.

1. **Professionnels de santé** : Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif conventionnel. Le tarif conventionnel est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire sur la base du tarif de convention, dans les conditions de réalisation des actes et de leurs facturations prévues par celle-ci.

Ainsi, les médecins conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires différents, souvent appelés de « secteur 2 » peuvent facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et l'orthodontie. Dans tous les cas, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention.

2. **Établissements de santé** : Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement a passé ou non un contrat avec l'Agence régionale de santé compétente.

Demande de prise en charge par l'organisme complémentaire d'assurance maladie :

La demande formulée auprès de l'organisme complémentaire d'assurance maladie, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, prothèses dentaires...) permet de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie, et le cas échéant, de demander à bénéficier d'une dispense d'avance des frais. En pratique, c'est souvent le professionnel de santé ou l'établissement qui effectue cette démarche pour le compte du Participant, sur la base d'un devis.

Dépassement d'honoraires :

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements comme tout honoraire, avec tact et mesure, et en informer préalablement son patient.

Dépenses réelles :

Il s'agit du montant total des dépenses engagées par une personne pour ses prestations de santé. Synonyme : frais réels.

Devis :

Le devis est un document présentant les soins ou prestations proposées et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 euros comportant un dépassement, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient.

Les opticiens et les audioprothésistes doivent également obligatoirement présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses. Ils ne peuvent refuser de fournir ce document. Dans le cadre de la réforme des équipements « à prise en charge renforcée », les opticiens et audioprothésistes devront obligatoirement proposer un devis pour une offre entrant dans le panier d'équipements « à prise en charge renforcée ».

Avant de réaliser des soins prothétiques, les chirurgiens-dentistes doivent aussi remettre aux patients un devis. Une fois les soins réalisés, les chirurgiens-dentistes doivent présenter une facture aux patients qui reprend, en totalité ou partiellement, l'ensemble des éléments du devis.

Le devis peut aussi être présenté à une assurance maladie complémentaire préalablement à tout soin, afin d'obtenir une évaluation sur les frais restant à la charge de l'assuré.

Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM / OPTAM-ACO) :

Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-ACO) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à tous les médecins

autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1^{er} janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (OPTAM-ACO), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires.

En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO que ceux d'un médecin non adhérent. En outre, un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est introduit pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

Dossier médical partagé (DMP) :

Le dossier médical partagé peut être considéré comme un carnet de santé numérique. Il contient des données de santé (telles que les antécédents, allergies éventuelles, traitements en cours, compte-rendu d'hospitalisation et de consultation, résultats d'examen), alimentées par l'assuré social et les médecins qu'il consulte. Le patient reste toutefois libre d'autoriser les médecins à accéder à son DMP (sauf pour le médecin traitant, qui dispose d'un accès privilégié). Toutes les informations liées à la santé sont stockées dans un seul espace dématérialisé hautement sécurisé.

Établissement de santé :

C'est une structure qui délivre des soins avec hébergement ou sans nuitée (hospitalisation ambulatoire) ou encore à domicile.

Forfait sur les actes dits « lourds » :

Il s'agit d'un ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge du Participant sur certains actes, en remplacement du ticket modérateur habituel. Cette participation forfaitaire 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 l'État (120 euros en 2018), ou dont le coefficient

(multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60. C'est pourquoi on la qualifie couramment de participation forfaitaire ou forfait sur les actes lourds.

Le montant de cette participation est de 24 euros.

Certains actes sont exonérés de toute participation de l'assuré et, à ce titre, ne sont pas concernés par le forfait sur les actes dits « *lourds* » (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD...).

Ce forfait est systématiquement pris en charge par l'Assurance Maladie Complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

Forfait patient urgences :

Participation forfaitaire laissée à la charge de l'assuré social pour tout passage non programmé dans les services d'urgence d'un établissement de santé lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie de l'établissement (article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale). Il est pris en charge par le présent contrat. »

Franchise médicale :

Somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Son montant est de :

1 euro par boîte de médicaments ;

1 euro par acte paramédical ;

4 euros par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 euros par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 4 euros par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 8 euros par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide Médicale de l'État, femmes enceintes (du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après l'accouchement), jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Les franchises ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé responsable.

Pour information, les montants indiqués sont susceptibles d'être modifiés chaque année.

Garantie aux frais réels :

Certaines garanties de complémentaire santé prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par le Participant est remboursée.

Honoraire limite de facturation

(HLF) :

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour un acte donné. On parle également de « *tarifs plafonnés* ». Depuis 2019, des honoraires limites de facturation sont appliqués progressivement aux prothèses dentaires contenues dans le panier « 100 % Santé » et dans le panier « modéré ».

Honoraires :

Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral. Les honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet. Les honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sages-femmes) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicales).

Médecin traitant :

C'est un médecin généraliste ou spécialiste hospitalier ou libéral, désigné par le patient auprès de sa caisse d'Assurance Maladie Obligatoire. Il coordonne les soins et s'assure que le suivi médical est optimal.

Il oriente dans le parcours de soins coordonnés : il informe le Participant et le met, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers, etc.) ; Il établit, si le Participant est atteint d'une affection de longue durée, le protocole de soins en concertation avec les autres médecins qui suivent cette maladie, et est ainsi garant de la bonne information de son patient sur les actes et les prestations nécessaires et pris en charge intégralement par l'assurance maladie obligatoire ;

Il connaît et gère le dossier médical, et a notamment un accès privilégié au dossier médical partagé. Il centralise toutes les informations concernant les soins et l'état de santé de son patient. Il tient à jour le dossier médical (résultats d'exams, diagnostics, traitements, etc.) ;

Il assure une prévention personnalisée et conseille les éventuels dépistages : suivi de la vaccination, examens de dépistage organisés (ex : dépistage du cancer colorectal), aide à l'arrêt du tabac, conseils nutrition, en fonction de votre style de vie, de votre âge ou de vos antécédents familiaux.

Ordonnance :

C'est le document délivré par un médecin et sur lequel figurent ses prescriptions. Les prescriptions peuvent concerner la délivrance de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) d'exams complémentaires (biologie) ou la réalisation d'actes de soins par d'autres professionnels de santé (autre médecin, pharmacien, auxiliaire médical...). La production de ce document est indispensable pour la délivrance de ce produit de santé ou la réalisation de cet acte, et à leur remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Participation du patient (lors d'une hospitalisation) :

En cas d'hospitalisation, l'Assurance Maladie Obligatoire ne prend pas en charge la totalité du prix des actes. Selon le montant de la base de remboursement, le patient a à sa charge le ticket modérateur ou le forfait « 24 euros ». Les contrats responsables remboursent la participation du patient.

Participation forfaitaire :

Cette participation forfaitaire de deux euros est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- Des enfants de moins de 18 ans ;
- Des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour suivant la date de l'accouchement ;
- Et des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire de l'Aide Médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire n'est pas remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

».

Prix limite de vente :

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la Liste des Produits et Prestations (LPP) et pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » auront, à compter

respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les Participants puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Réseau de soins :

Les réseaux de soins sont créés par des conventions conclues entre des organismes complémentaires d'assurance maladie (directement ou par l'intermédiaire d'un tiers) et des professionnels ou des établissements de santé. Avec leurs réseaux de soins, les organismes complémentaires d'assurance maladie peuvent offrir des soins de qualité aux Participants à des tarifs moindres et/ou avec une meilleure prise en charge.

Reste à charge :

C'est la part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et de sa complémentaire santé. Après intervention de l'AMO, le reste à charge est constitué :

- > Du ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire) ;
- > De l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ;
- > Des éventuels dépassements d'honoraires ou tarifaires ;
- > De l'éventuel forfait journalier hospitalier ;
- > Des frais liés aux soins et prestations non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

L'Assurance Maladie Complémentaire couvre, selon le caractère responsable et solidaire du contrat ou non et selon les postes de garanties, tout ou partie du reste à charge.

Secteur 1 / Secteur 2 :

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'Assurance Maladie Obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur à honoraires opposables dit secteur 1 ou à honoraires libres dit secteur 2).

- > Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable).
- > Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est

autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec « *tact et mesure* ».

Les médecins ont l'obligation d'afficher « de manière lisible et visible dans leur salle d'attente » leur secteur d'activité, leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées. Les médecins de secteur 2 doivent « *donner préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'ils comptent pratiquer* ».

Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, mais peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie Complémentaire.

Sauf cas particuliers, les médecins ont l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale d'État.

Pour connaître le secteur d'exercice d'un médecin, il suffit d'aller sur le site annuaire.sante.ameli.fr.

Taux de remboursement de la Sécurité sociale :

C'est le taux appliqué par l'Assurance Maladie Obligatoire sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement. Celui-ci peut être, le cas échéant, minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé au Participant par l'Assurance Maladie Obligatoire. La part non remboursée de la base de remboursement est le ticket modérateur.

La base de remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit.

Le taux de remboursement varie selon la prestation ou le produit. Il est par exemple, de :

- > 70 % de la base de remboursement pour les actes médicaux ;
- > 60 % de la base de remboursement pour les actes paramédicaux ;
- > 60 % de la base de remboursement pour l'appareillage ;
- > 100 %, 65 %, 30 % ou 15 % pour les médicaments.

Le taux de remboursement peut aussi varier en fonction de la situation du Participant (par exemple 100 % en cas de maternité ou d'affection de longue durée) ou encore du respect par le patient des règles du parcours de soins coordonnés (remboursement minoré des consultations et actes « *hors parcours* »).

Téléconsultation :

La téléconsultation est un acte de télémédecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de pratiquer une consultation à distance pour un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas

échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.

Pour faire l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire, la téléconsultation pratiquée par un médecin libéral conventionné doit remplir certaines conditions, notamment celle de s'inscrire dans le respect du parcours de soins coordonnés et l'obligation de connaissance préalable du patient par le médecin pratiquant la téléconsultation.

Des téléconsultations peuvent aussi être proposées par des médecins en relation avec les Participants via une plateforme téléphonique, une connexion web ou des outils adaptés aux Smartphones. Elles peuvent être éligibles au remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire dans la mesure où elles respectent les conditions de réalisation des téléconsultations définies par la convention nationale des médecins libéraux (cf. une partie de ces conditions ci-dessus).

Télé-expertise :

La télé-expertise est un acte de télémédecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient. Pour faire l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire, la télé-expertise doit remplir certaines conditions, notamment de recueillir l'accord du patient.

Télémédecine :

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication.

Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations, des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La télémédecine englobe notamment les actes de téléconsultation, les actes de télé-expertise et les actes de télésurveillance médicale

Ticket modérateur :

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant

application sur celui-ci 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, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés au Participant dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24 euros) pour certains actes dits « lourds ».

La participation forfaitaire, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'Assurance Maladie Complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

Voir également : reste à charge, participation forfaitaire, franchise, dépassements d'honoraires, garanties, forfait actes lourds

Tiers payant :

Ce système de paiement évite au patient de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les Assurances Maladie Obligatoire et/ou Complémentaire pour les soins ou produits.

Pour la part remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire, le tiers payant s'applique de droit dans les situations où l'assuré :

- > Bénéficie de la Complémentaire santé solidaire ;
- > Bénéficie de l'aide médicale d'État ;
- > Bénéficie de l'ACS ;
- > Est victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ;
- > Bénéficie d'actes de prévention dans le cadre d'un dépistage organisé (par exemple, une mammographie effectuée lors du dépistage organisé du cancer du sein)
- > Est hospitalisé dans un établissement sous convention avec l'assurance maladie obligatoire ;
- > Est une mineure de plus de 15 ans et consulte un professionnel de santé pour sa contraception ;
- > Est atteint d'une affection de longue durée (ALD) ;
- > Bénéficie de l'assurance maternité ;
- > Bénéficie du dispositif de prise en charge des victimes d'attentats

Un pharmacien peut ne pas pratiquer le tiers payant en cas de refus de l'usage de médicaments génériques.

Les organismes complémentaires d'assurance maladie proposent également un service de tiers payant pour la part qu'ils

remboursent. C'est aux professionnels de santé de décider s'ils proposent ou non le service du tiers payant pour la part complémentaire. Dans le cas où le professionnel de santé consulté ne souhaite pas proposer ce service, l'adhérent ou assuré ne peut pas en bénéficier.

Lexique prestations

Soins courants :

Analyses et examens de biologie : Il s'agit de l'ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. La plupart des actes de biologie médicale sont remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire. Synonyme : examen de laboratoire

Auxiliaires médicaux : Ce sont les professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes figurant à la nomenclature sont remboursés, par l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire.

Consultation médicale : C'est l'examen physique et/ou mental d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste ou une sage-femme, généralement effectué au cabinet du professionnel de santé, en centre de santé ou au sein d'un établissement de santé, ou à distance, dans le cadre d'une téléconsultation.

Imagerie médicale : L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'imagerie médicale : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser...

Matériel médical : Ce sont les biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

Les équipements d'optique et les aides auditives sont distincts du reste du matériel médical.

Médicaments : Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge. Il existe quatre taux de remboursement des médicaments :

- > 100 % pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- > 65 % pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important ;
- > 30 % pour les médicaments dont le service médical rendu modéré, certaines préparations magistrales,
- > 15 % pour les médicaments à service médical rendu faible.

Depuis le 1er janvier 2020, l'homéopathie est remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 15 % contre 30 % auparavant.

Depuis 2021, les médicaments homéopathiques ne seront plus remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les montants et taux de remboursement sont communiqués par le pharmacien lors de la délivrance. Ils sont inscrits sur la facture remise par le pharmacien. Les médicaments relevant d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, ont un prix fixé par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS).

Certains médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent être délivrés par votre pharmacien sans prescription (médicaments dits à *prescription médicale facultative*). L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale. L'Assurance Maladie Complémentaire peut prendre en charge des médicaments sans prescription médicale. Les prix des médicaments non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

Soins courants : Il s'agit de l'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...

Optique :

Chirurgie réfractive : Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels. L'Assurance Maladie Obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'Assurance Maladie Complémentaire. La chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie... En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la chirurgie réfractive.

Lentilles : Les lentilles de contact sont des prothèses optiques posés sur la cornée. L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels.

Lunettes : Les lunettes sont composées d'une monture et de deux verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie). Le prix des verres varie selon sa nature et sa puissance (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et les traitements appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).

OPTIQUE : Les équipements optiques sont des dispositifs médicaux qui permettent de corriger des troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie. Il peut s'agir de lunettes (deux verres et une monture) ou de lentilles. Au-delà des lunettes, la chirurgie réfractive permet également de corriger certains troubles visuels.

Aides auditives :

Aides auditives : Ces appareils améliorent l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon), contours à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon), prothèses intra-auriculaires (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif), lunettes auditives et les appareils boîtiers.

Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

La prise en charge de ces appareils et de leurs accessoires par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) dépend du type d'appareil, de l'âge et du handicap.

Depuis le 1er janvier 2021, dans le cadre du dispositif

« 100 % Santé », certaines aides auditives (sélectionnées sur la base de critères techniques et technologiques) seront prises en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des prix maximums que les audioprothésistes s'engagent à respecter. Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaître à minima un équipement de l'offre « 100 % Santé ».

Les autres aides auditives (répondant à d'autres critères techniques et technologiques) sont prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par

l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite.

La prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé.

Dentaire :

Dentaire : Ce terme désigne les actes et prestations bucco-dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste, un orthodontiste ou un stomatologue et qui comprennent : les soins dentaires (consultation, détartrage...), les prothèses dentaires, l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie ...

Implantologie dentaire :

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles sont fixées une ou plusieurs prothèses. L'implantologie n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire (sauf pathologies très particulières). Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit notamment comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

Inlay-onlay : Ces techniques permettent 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 couronne. Différents matériaux peuvent être utilisés (en métal, en composite ou en céramique).

Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieures à la base de remboursement. Les inlays-onlays ne figurent pas dans le panier « 100% santé ». Ils figurent en revanche dans le panier dit « modéré » lorsqu'ils sont réalisés en composite ou alliage non précieux et dans le panier dit « libre » lorsqu'ils sont en céramique ou en alliage précieux. Ce sont les seuls soins conservateurs pour lesquels le chirurgien-dentiste peut facturer un tarif supérieur à la base de remboursement. Le tarif des inlays-onlays composite ou en alliage non précieux sera toutefois plafonné à compter du 1er janvier 2021. Celui des inlays-onlays en céramique ou alliage précieux restera quant à lui libre. Certains contrats responsables peuvent prendre en charge

les dépenses engagées au-delà de la base de remboursement pour ces actes dans la limite du plafond fixé lorsqu'un tel plafond est prévu. Le chirurgien-dentiste doit remettre un devis à son patient avant d'effectuer ces actes.

Inlay-core : Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée. À compter de 2020, cet acte est pris en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier « 100 % Santé », dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte.

Orthodontie : Il s'agit de la discipline médicale pratiquée par les orthodontistes (médecins stomatologues ou chirurgiens-dentistes). Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

L'Assurance Maladie Obligatoire prend partiellement en charge le traitement des enfants commencé avant l'âge de 16 ans. Ces remboursements ne permettent pas de couvrir l'intégralité des frais d'un traitement d'orthodontie, d'autant plus que les dépassements d'honoraires sont fréquents. Il est important d'obtenir un devis avant de commencer le traitement.

Parodontologie : Il s'agit d'une discipline visant au traitement des maladies parodontales qui 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 :

- 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.

L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse qu'une faible partie de ces traitements selon certaines conditions médicales.

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 durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge. Les prothèses fixes remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique.

• Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (*dentiers*) qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents. Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées. Il devra, à compter de 2020, nécessairement comporter une proposition entrant dans le panier « 100 % Santé » ou à défaut hors champ du panier « 100 % Santé » mais soumis à un tarif maximum de facturation, lorsqu'une telle proposition existe.

Soins dentaires : C'est l'ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue 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.

Hospitalisation :

Chambre particulière : Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.

Une chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une hospitalisation ambulatoire.

Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services.

Chirurgie ambulatoire : C'est la chirurgie réalisée à l'occasion d'une hospitalisation de moins de 24 heures dans un établissement de santé (sans nuitée) ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

Forfait journalier hospitalier : Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 h dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 h si le patient est présent dans l'établissement à minuit).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1^{er} janvier 2018, son montant est de 20 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15 euros par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire, mais il est pris en charge par l'Assurance Maladie Complémentaire lorsque la garantie proposée par le complémentaire santé est responsable.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse, etc.).

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...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire au taux de 80 % (ou de 100 % dans certains cas : actes coûteux notamment), le ticket modérateur (les 20 % restant) étant systématiquement remboursé par l'Assurance Maladie Complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

Frais d'accompagnement : Ces frais correspondent aux facilités (exemple d'un lit) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation

(par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Hospitalisation : L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse, ...).

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

Transport : Plusieurs types de transports peuvent être prescrits par un médecin en fonction de l'état de santé et du degré d'autonomie du patient.

Il peut s'agir d'une ambulance, d'un véhicule sanitaire léger (VSL), mais aussi d'un taxi conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire, des transports en commun, etc.

Les frais de transport sont remboursés à 55 % du tarif de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ils sont calculés sur la base de la distance entre le lieu où la personne à transporter se situe et la structure de soins pouvant donner les soins appropriés la plus proche.

La prise en charge de certains transports, même prescrits par un médecin, nécessite l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie Obligatoire : c'est le cas des transports de longue distance, des transports en série, des transports en avion ou bateau de ligne, et des transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

Source : Glossaire de l'UNOCAM

Nous vous invitons à **prendre contact avec nos conseillers par courriel sur ipeca.fr ou par téléphone 0 977 425 425**

(appel non surtaxé)

Référence : AIRBUS DEFENCE AND SPACE SAS / N° 1326 804 / NI V4/ édition décembre 2025

- Vous souhaitez nous interroger sur le montant de vos remboursements, sur les documents à envoyer pour obtenir vos remboursements, ou bien obtenir une prise en charge ?
- Vous souhaitez des renseignements concernant la carte de tiers payant ?
- Vous souhaitez opter pour la télétransmission NOEMIE ? Vous souhaitez obtenir une attestation ?
- Vous souhaitez nous faire part d'un changement de situation ?

CONTACTEZ-NOUS :

- Contactez le 0 977 425 425 (appel non surtaxé), des conseillers spécifiques sont à votre disposition.
- Ou
- Contactez-nous via votre espace privé ipeca.fr et posez une question à un conseiller à l'aide du formulaire proposé.

Ou

- Contactez-nous par courrier :

IPECA PRÉVOYANCE, 5 rue Paul Barruel, 75740 Paris cedex 15

IPECA PRÉVOYANCE, Institution de prévoyance régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale.

Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°384-496-493.

Siège social : 5 rue Paul Barruel / 75015 Paris

ipeca.fr