

**CNAVPL**

**LOT N° 1**

**ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE**

**CAHIER DES CLAUSES PARTICULIERES**

Le présent cahier des clauses particulières comporte les Conditions Particulières.

# **ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE DES SALARIES DE LA CNAVPL**

## **CONDITIONS PARTICULIERES**

Contrat Compagnie .....

Numéro .....

**Le présent contrat est régi par le Code des assurances ou pour les organismes qui en dépendent par le Code de la Mutualité ou des Institutions de Prévoyance.**

**Les dispositions de l'article L 141-1 à L 141-6 du Code des assurances relatives aux "assurances groupes" s'appliquent de plein droit pour les contrats ne relevant pas du Code des Assurances.**

# PLAN DU CONTRAT

<b>A / IDENTIFICATION - ADMINISTRATION DU CONTRAT :</b>	<b>4</b>
<b>B / DISPOSITIONS PARTICULIÈRES</b>	<b>5</b>
ARTICLE 1 / OBJET DU CONTRAT	5
ARTICLE 2 / BÉNÉFICIAIRES	5
ARTICLE 3 / NATURE ET MONTANT DES GARANTIES SOUSCRITES	6
ARTICLE 4 / COTISATION - PRIME - TARIFICATION	8
<b>C / DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	<b>8</b>
ARTICLE 5 / OBJET DU CONTRAT	8
ARTICLE 6 / PRISE D'EFFET DES GARANTIES	8
ARTICLE 7 / DURÉE DES GARANTIES	9
ARTICLE 8 / CLAUSE D'ARBITRAGE	10
ARTICLE 9 / COTISATIONS	10
ARTICLE 10 / PRESCRIPTION - FAUSSE DÉCLARATION	11
<b>D / MODALITÉS DE GESTION</b>	<b>11</b>
ARTICLE 11 / MODALITÉS DE GESTION EN COURS DE CONTRAT	11
ARTICLE 12 / DÉCOMPTÉ DE PRIME	12
ARTICLE 13 / ÉVOLUTIONS TARIFAIRES	12

CONTRAT N °

*CONDITIONS PARTICULIÈRES*

**ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ**

**A / IDENTIFICATION - ADMINISTRATION DU CONTRAT :**

En complément et par dérogation pour ce qu'elles ont de contraire ou de restrictif aux :

- \* Conditions Générales
- \* Conditions Spéciales

par application des Conditions Particulières et annexes ci-après, il est convenu :

SOUSCRIPTEUR :

**Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL)**  
102, rue de Miromesnil  
75008 PARIS

ASSUREUR :

COURTIER GESTIONNAIRE :

EFFET :                **1<sup>ER</sup> JANVIER 2018**

ECHEANCE ANNUELLE :    1<sup>er</sup> janvier

Préavis de résiliation : 6 mois

DUREE DU CONTRAT : **5 ans** avec possibilité pour les deux parties de résiliation annuelle sous préavis de **6 mois** avant l'échéance.

## **B / DISPOSITIONS PARTICULIÈRES**

### **ARTICLE 1 / OBJET DU CONTRAT**

Le présent contrat a pour objet d'accorder une participation complémentaire aux régimes de base de Sécurité sociale en cas de frais de santé , dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires (frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident).

**Avertissement :** Le présent contrat est un « contrat responsable » au sens de l'article 57 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il devra dans tous les cas respecter cette obligation et évoluer en cas de besoin en conséquence des textes réglementaires.

En conséquence, il restera toujours à la charge de l'assuré 1 € pour :

- \* les consultations ou actes médicaux réalisés par les médecins de ville
- \* les consultations externes à l'hôpital
- \* les actes de biologie médicale.

Ne sera pas pris en charge par le candidat, la majoration des honoraires pratiquée :

- \* en absence de choix du médecin traitant
- \* en cas de non-respect du « parcours de soins coordonnés », à l'exception des accès directs spécifiques autorisés par l'assurance maladie, refus aux professionnels de santé d'accéder au dossier médical personnel.

### **ARTICLE 2 / BÉNÉFICIAIRES**

Les bénéficiaires sont les salariés. et les ayants droits désignés dans l'accord d'entreprise mettant en place ce régime.

Sont considérées comme personne à charge :

- \* le conjoint non séparé, le concubin, la personne liée par un PACS.
- \* les enfants à charge au sens de la Sécurité sociale.
- \* les enfants sans limite d'âge s'ils sont titulaires de la carte invalidité prévue à l'article L 241-3 du code de l'action sociale.
- \* les enfants du conjoint, concubin, ou de la personne liée par un PACS :
  - jusqu'au dernier trimestre civil de leur 28<sup>ème</sup> anniversaire, s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale étudiante,
  - les enfants jusqu'au dernier trimestre de leur 20<sup>ème</sup> anniversaire, s'ils suivent une formation sous contrat en alternance ou s'ils sont inscrits à Pole Emploi et à la recherche d'un premier emploi depuis moins d'un an.

## ARTICLE 3 / NATURE ET MONTANT DES GARANTIES SOUSCRITES

**RAPPEL :** Il restera toujours à la charge de l'assuré le montant minimum prévu par les textes légaux et réglementaires pour conserver au contrat son caractère de « contrat responsable ».

Le remboursement total Sécurité sociale + Complémentaire ne peut en aucun cas être supérieur au montant des frais réels engagés.

### 3.1 - REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE

Montant du remboursement maximum exprimé en % de la base de remboursement (part du régime obligatoire incluse). Les remboursements sont limités au montant de la dépense engagée.

	Total RO + Régime de base
<b>SOINS COURANTS</b>	
Consultations et visites généralistes	
- Praticien adhérent OPTAM	<b>500 % BR</b>
- Praticien non adhérent OPTAM	<b>200 % BR</b>
Consultations, t visites et actes spécialistes	
- Praticien adhérent OPTAM	<b>500 % BR</b>
- Praticien non adhérent OPTAM	<b>200 % BR</b>
Auxiliaires médicaux	<b>500 % BR</b>
Transport	<b>20 % BR</b>
Pharmacie	<b>100 % BR</b>
Imagerie médicale / Radiologie	
- Praticien adhérent OPTAM	<b>400 % BR</b>
- Praticien non adhérent OPTAM	<b>200 % BR</b>
Analyses médicales / Examens	<b>400 % BR</b>
<b>HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale, maternité...)</b>	
Frais de séjour	<b>Frais Réels</b>
Honoraires, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique	
- Praticien adhérent OPTAM	<b>300 % BR</b>
- Praticien non adhérent OPTAM	<b>200 % BR</b>
Forfait journalier	<b>Frais réels</b>
Chambre particulière	<b>3 % PMSS</b>
Forfait maternité (sans exclure les autres remboursements) (doublé en cas de naissances multiples)	<b>17 % PMSS</b>

<b>OPTIQUE</b>	
Equipement A + monture	<b>470 €</b>
Equipement B + monture	<b>610 €</b>
Equipement C+ monture	<b>750 €</b>
Equipement D + monture	<b>660 €</b>
Equipement E+ monture	<b>800 €</b>
Equipement F + monture	<b>880 €</b>
lentilles acceptées ou refusées y compris lentilles jetables	<b>12 % PMSS</b>
Chirurgie réfractive (par œil)	<b>14 % PMSS</b>
<b>DENTAIRE</b>	
Soins dentaires	<b>500 %</b>
Prothèses remboursables	<b>500%</b>
Prothèses non remboursables *3	<b>15 % PMSS / an</b>
Parodontologie	<b>1500 € / an / bénéficiaire</b>
orthodontie remboursable	<b>500% BR</b>
orthodontie non remboursable	<b>20 % PMSS / an</b>
Intermédiaire de Bridge	<b>20 % PMSS / an</b>
Implant	<b>20 % PMSS / an</b>
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>	
Appareillage et orthopédie remboursés	<b>500 % BR</b>
Ostéopathe, homéopathe, étio-pathe, acupuncteur, nutritionniste, diététicien, podologue, pédicure, psychologue	<b>4 % PMSS / an</b>
Vaccins refusés	<b>Frais réels</b>
Prothèse auditive (prise en charges)	<b>500 % BR</b>
Prothèse auditive (non prise en charge)	<b>20 % PMSS / an</b>
Cure thermique	<b>25 % PMSS / an</b>
Sevrage tabagique	<b>50 € / an</b>
Actes de prévention	<b>3 % PMSS / an</b>

**Tous les soins faisant l'objet d'un remboursement du régime obligatoire de la sécurité sociale font l'objet d'un remboursement au titre du présent contrat et doit être affilié à une des lignes du tableau ci-dessus**

Equipements optiques 1 équipement tous les deux ans, sauf enfant ou changement de dioptrie :

- « a) équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries;
- « b) équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;
- « c) équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 dioptrie ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- « d) équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;
- « e) équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;
- « f) équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptrie

## **ARTICLE 4 / COTISATION - PRIME - TARIFICATION** **(Voir Acte d'engagement)**

## **C / DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

### **ARTICLE 5 / OBJET DU CONTRAT**

Ce contrat a pour objet de garantir les salariés de la CNAVPL adhérent au présent contrat. Dans la suite du présent contrat, chaque salarié ainsi couvert est appelé "assuré".

Les salariés qui entrent ultérieurement à la CNAVPL, bénéficient des garanties dès qu'ils remplissent les conditions.

Les garanties accordées au titre du présent contrat sont définies à l'article 3 ci-avant.

### **ARTICLE 6 / PRISE D'EFFET DES GARANTIES**

#### **6.1 - GARANTIES**

Les garanties prennent effet à la date fixée au paragraphe A ci-avant, sous réserve que le présent contrat ou la note de couverture ait été régularisé par les deux parties et que l'adhérent ait adressé un état récapitulatif complet des personnes concernées, avec indication du salaire et de la situation de famille, si l'assureur en a fait la demande.

#### **6.2 - ADHÉSION**

L'adhésion est automatique et obligatoire pour tous les salariés en conformité avec l'acte de mise en place du régime de complémentaire santé.



## **ARTICLE 7 / DURÉE DES GARANTIES**

### **7.1 - DROIT À PRESTATIONS**

Pour donner droit à prestations, sous réserve de la clause 6.2 ci-avant, l'événement garanti doit survenir en période de couverture :

- \* le contrat doit être toujours en vigueur,
- \* l'assuré doit faire partie de la population couverte.

### **7.2 - ASSURÉS ET BÉNÉFICIAIRES**

Pour tout assuré ainsi que ses ayants droit, bénéficiaires du régime de protection, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prennent fin, soit le contrat de travail qui le lie à son employeur, soit les conditions particulières qui lui permettent d'être rattaché au contrat groupe.

En cas de cessation des garanties, le candidat s'engage à leur faire parvenir une proposition de contrat individuel, dans un délai d'un mois suivant la résiliation des garanties. L'assuré et ses ayants droit, bénéficiaires des garanties, auront la possibilité d'adhérer individuellement à l'une des garanties élaborées à leur intention, sans que l'assureur ne puisse opposer aucun motif de refus. Les conditions en vigueur de ces formules à adhésion individuelle peuvent être communiquées sur simple demande.

Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de six mois à compter de la radiation au présent contrat, il ne sera pas fait application de période probatoire de droit d'entrée et ne sera pas exigé de formalités médicales.

Les conditions du contrat mis en œuvre par le souscripteur auprès de l'assureur sont celles d'un contrat collectif. En conséquence, aucun salarié ne peut en démissionner à titre individuel et de son propre fait.

En tout état de cause, la garantie cesse d'office d'être accordée en cas de résiliation du contrat par le Souscripteur ou l'Assureur, à l'expiration du mois suivant la résiliation adressée par lettre recommandée avec AR.

### **7.3 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL**

Les garanties de prestations et de tarif pourront être maintenues à titre individuel, sous réserve que les personnes concernées en fassent la demande expresse à l'assureur dans le mois suivant la cessation de leur fonction, en cas de :

- \* congé parental,
- \* congé sans solde,
- \* congé pour présence parentale ou pour accompagnement d'une personne en fin de vie.

- \* congé sabbatique légal ou conventionnel
- \* congé pour création d'entreprise congé pour exercer des fonctions syndicales

## **ARTICLE 8 / CLAUSE D'ARBITRAGE**

Le contrat étant basé sur la bonne foi des parties contractantes, celles-ci s'engagent, en cas de difficultés et avant toute autre procédure, à s'en reporter à la sentence rendue par deux arbitres choisis respectivement par les parties en présence.

En cas de désaccord, les arbitres choisiraient un tiers arbitre. A défaut d'entente sur ce choix, le troisième arbitre serait nommé en référé par le Président du Tribunal de Grande Instance compétent, à la requête de la partie la plus diligente.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que la sentence n'aura pas été rendue.

Les honoraires et tous les frais relatifs à la nomination du tiers arbitre sont supportés par moitié par chacune des parties.

## **ARTICLE 9 / COTISATIONS**

### **9.1 - LES COTISATIONS SONT FIXÉES À L'ARTICLE 4 CI-AVANT.**

Le montant annuel des cotisations est fixé à l'article 4 ci-avant.

La cotisation doit être versée par le souscripteur chaque trimestre. La prime du contrat est décomptée sur le salaire de l'agent (**Païement à terme à échoir**).

### **9.2 - DÉFAUT DE PAIEMENT**

A défaut de paiement de la totalité ou d'une fraction de celle-ci, la garantie sera suspendue 30 jours après mise en demeure de l'adhérent par lettre recommandée avec accusé de réception

Le contrat pourra être résilié par l'assureur 10 jours après cet envoi. Le contrat non résilié reprendra effet à midi le lendemain du jour où auront été payées à l'assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

### **9.3 - RETARD ADMINISTRATIF DE PAIEMENT DES COTISATIONS**

Dans le cas où le souscripteur est une personne publique soumise aux procédures administratives de mandatement, l'assureur s'engage à ne pas appliquer les dispositions ci-avant relatives à la suspension ou à la résiliation des garanties (ou celles de même nature résultant des dispositions législatives ou réglementaires) si les retards sont imputables aux seules procédures administratives de paiement et de mandatement des cotisations.

### **9.4 - AJUSTEMENT DES PRIMES**

Ajustement des primes en fonction des résultats techniques. Dans le cas où les résultats techniques du contrat ne seraient pas équilibrés, l'assureur après présentation de la sinistralité détaillée, pourra majorer le tarif, après information de la CNAVPL avant le 30 Juin pour une majoration au 01 janvier suivant. Passé le 30 Juin, la tarification pour l'année à venir est reconduite.

La majoration ne pourra pas être supérieure à 5 % (évolution du PMSS comprise) pour une année.

## **ARTICLE 10 / PRESCRIPTION - FAUSSE DÉCLARATION**

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions et sous les réserves prévues au Code auquel fait référence le présent contrat (Code des assurances, de la Sécurité sociale, de la Mutualité).

Les déclarations faites tant par l'adhérent que par l'assuré servent de base à la garantie.

L'assureur peut vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, l'assureur pourra demander l'annulation du contrat.

## **D / MODALITÉS DE GESTION**

### **ARTICLE 11 / MODALITÉS DE GESTION EN COURS DE CONTRAT**

Le souscripteur s'engage à faire parvenir à l'assureur :

- le règlement de la cotisation indiquée ci-dessus à l'article 7, déduction faite éventuellement de la provision, avant la date limite indiquée sur les avis d'échéance,
- un état récapitulatif des entrées ou sorties d'assuré intervenues au cours du trimestre écoulé et, éventuellement, les pièces définies à l'article 9.

## **ARTICLE 12 / DÉCOMPTE DE PRIME**

L'assureur fournira chaque mois au plus tard le 10 du mois le relevé des primes qui devront être décomptées sur les salaires à la fin du mois en cours.

Le décompte prendra en compte les évolutions, en particulier dans les situations de famille (naissance ou départ d'un enfant à charge).

A l'occasion de la naissance d'un enfant, les garanties du contrat sont immédiates, la prime sera calculée s'il y a lieu à partir du 1<sup>er</sup> mois suivant la naissance.

## **ARTICLE 13 / ÉVOLUTIONS TARIFAIRES**

Si le montant des cotisations venait à évoluer, le prestataire devra justifier ce changement au cours d'une réunion de travail chez le souscripteur. Les évolutions seront justifiées par des éléments techniques et financiers précis.

La réunion de travail devra se dérouler pendant durant les 15 premier jours du mois précédant l'échéance pour la résiliation du contrat.

Fait à

le

**la CNAVPL**

**L'Assureur,**

# CNAVPL

## LOT N° 1

### ASSURANCE "COMPLEMENTAIRE SANTE"

#### **DOSSIER TECHNIQUE**

Le présent dossier technique comporte :

* Page de garde .....	1 page
* Eléments techniques .....	2 pages
<hr/>	
<b>TOTAL .....</b>	<b>3 pages</b>

# CNAVPL

## ASSURANCE "COMPLEMENTAIRE SANTE"

### ELEMENTS TECHNIQUES

La CNAVPL procède à une consultation en vue de renouveler son contrat d'assurance « complémentaire santé » pour l'ensemble de ses salariés.

Les éléments techniques comportent :

* Page de garde .....	1 page
* Fiche « contrat actuel » .....	1 page
* Comptes de résultat (Excel) .....	
* Démographie (Excel).....	
<b>TOTAL .....</b>	<b>2 pages</b>

## Garantie frais de santé :

Type de soins	Votre garantie en complément du régime obligatoire
<b>HOSPITALISATION</b>	
Frais chirurgicaux - Secteur Conventionné	100% des frais réels - SS limité à 300 % BR
Frais chirurgicaux - Secteur Non Conventionné	90% des frais réels - SS limité à 300 % BR
Hospitalisation médicale - Secteur Conventionné	100% des frais réels - SS limité à 300 % BR
Hospitalisation médicale - Secteur Non Conventionné	90% des frais réels - SS limité à 300 % BR
Chambre particulière - Secteur Conventionné	100% des frais réels - SS limité à 3 % P MGS/jour
Chambre particulière - Secteur Non Conventionné	90% des frais réels - SS limité à 3 % P MGS/jour
Forfait hospitalier - Secteur Conventionné	100% des frais réels - SS
Forfait hospitalier - Secteur Non Conventionné	90% des frais réels - SS
<b>SOINS COURANTS</b>	
Consultations, visites généralistes ou spécialistes - Secteur Conventionné	100% des frais réels - SS limité à 5 MR
Consultations, visites généralistes ou spécialistes - Secteur Non Conventionné	90% des frais réels - SS limité à 5 MR
Autre pratique médicale courante soins d'auxiliaires médicaux, frais d'analyses, frais de déplacements, actes de spécialités - Secteur Conventionné	100% des frais réels - SS limité à 5 MR
Autre pratique médicale courante soins d'auxiliaires médicaux, frais d'analyses, frais de déplacements, actes de spécialités - Secteur Non Conventionné	90% des frais réels - SS limité à 5 MR
Pharmacie	100 % T M
Frais de prévention réglementaires	3% P MGS/an
Médecine nouvelle (homéopathie, acupuncture, chiropractie)	3% P MGS/an
Vaccins non pris en charge par la sécu	100% des frais réels
Frais de transport du malade - Secteur Conventionné	100% des frais réels - SS limité à 200 % BR
Frais de transport du malade - Secteur Non Conventionné	90% des frais réels - SS limité à 200 % BR
<b>OPTIQUE</b>	
Verses	80% des frais réels, sous déduction MR
Lentilles coméennes - Pris en charge par la sécu	12% du P MGS
Lentilles coméennes - Non pris en charge par la sécu, lentilles jetables	12% du P MGS
Monture	24% du P MGS
Traitements chirurgicaux des troubles visuels	14% P MGS/oeil
<b>DENTAIRE</b>	
Soins dentaires	100% des frais réels - SS limité à 5 BR
Prothèses dentaires - Pris en charge par la sécu	100% des frais réels - SS limité à 5 BR
Prothèses dentaires - Non pris en charge par la sécu	100% des frais réels - SS limité à 4,5 BR
Parodontologie	100% des frais réels - SS limité à 1.500€/an et par bénéficiaire
Orthodontie - Pris en charge par la sécu	100% des frais réels - SS limité à 5 BR
Orthodontie - Non pris en charge par la sécu	20% P MGS/semestre et par bénéficiaire
Intermédiaire de bridge	20% P MGS/semestre et par bénéficiaire
Implants	20% P MGS/semestre et par bénéficiaire
<b>MATERNITE</b>	
Maternité adoption	Allocation de 17% P MGS, doublée en cas de naissance multiple
Chambre particulière	3% P MGS/j et par bénéficiaire (limité à 10 jours par an et par bénéficiaire)
<b>AUTRES FRAIS</b>	
Prothèses auditives - Pris en charge par la sécu	100% des frais réels - SS limité à 5 BR
Prothèses auditives - Non Pris en charge par la sécu	20% P MGS/an et par bénéficiaire
Prothèses diverses autres que dentaires et auditives (orthopédiques, appareillage) - Pris en charge par la sécu	100% des frais réels - SS limité à 5 BR
Cure thermale	25% P MGS/an et par bénéficiaire
Electrothérapie	100% des frais réels, sous déduction MR
Electroradiologie	100% des frais réels, sous déduction MR

Ces renseignements constituent un résumé des garanties acquises au titre de votre contrat frais de santé

SS : Sécurité Sociale

RBT SS : Remboursement Sécurité Sociale

P MGS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais réels

BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale

T M : Ticket Modérateur (différence entre BR et remboursement SS)

Tous les remboursements sont effectués dans la limite de la dépense engagée.

En cas de contradiction entre les dispositions du présent document et les Conditions Générales de l'assureur, seules les dispositions contenues dans les Conditions Générales prévaudront.