

ADHESION N°FS1 FRAIS DE SANTE CONTRAT N° XXX COLLECTIF FACULTATIF GARANTIES COMPLEMENTAIRES RESPONSABLES NOTICE D'INFORMATION DES AGENTS PUBLICS

- Garanties applicables au 1^{er} janvier 2020 -



**CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE
TERRITORIALE DE LA GIRONDE (CDG 33)**

ENSEMBLE DES AGENTS

PREAMBULE

Votre employeur a souscrit un contrat collectif facultatif au bénéfice de ses agents publics auprès de :

IPSEC

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,
agrée sous le numéro 675, dont le n° SIRET est 775 666 357 00063,
et dont le siège social se situe : Tour EGEE - 9 avenue de l'arche CS 30113 - 92671 Courbevoie Cedex

Il vous a remis la présente Notice d'information qui décrit les garanties souscrites au titre de ce contrat, ainsi que leurs conditions de mise en œuvre.

Toute information complémentaire peut être obtenue auprès de votre employeur.

Vos garanties

Rendez-vous sur www.ipsecprev.fr dans votre **Espace ASSURÉS** ou dans la **Rubrique CONTACT**

Pratique, un formulaire orientera votre question vers le service compétent.

Pensez à vous munir de votre n° de Sécurité Sociale ou de votre n° d'adhérent.

Retrouvez gratuitement votre **Espace ASSURÉS** sur votre mobile :
encore plus simple pour nous contacter et suivre vos remboursements !



IPSEC Assistance met à votre disposition des garanties d'assistance. Ce service vous assiste 24h/24, 7j/7, si vous résidez en France, y compris dans les Départements-Régions d'Outre-mer français (Guadeloupe, Guyane française, Martinique et La Réunion) ou dans les Collectivités d'Outre-Mer françaises (Polynésie française, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna). Elles sont accessibles au :

Tel : (+33) 09 77 40 84 35 (numéro non surtaxé)

Fax : 01 47 11 24 63

Les garanties sont décrites dans la notice d'information **IPSEC assistance Santé +**, remise par votre employeur, établie par :

FILASSISTANCE

Société anonyme au capital de 4 100 000 €, régie par le code des assurances,
immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689,
dont le siège social se situe : 108, bureaux de la Colline – 92213 Saint-Cloud Cedex

SOMMAIRE

ARTICLE 1 - DEFINITIONS	4
ARTICLE 2 - ENTREE EN VIGUEUR EN CAS DE CHANGEMENTS DE GARANTIES	7
ARTICLE 3 - CESSATION DES GARANTIES	7
ARTICLE 4 - FACULTE DE RENONCIATION	7
ARTICLE 5 - FACULTE DE DENONCIATION	8
ARTICLE 6 - MAINTIEN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS	8
ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTE.....	10
ARTICLE 8 - RESPECT DU CONTRAT RESPONSABLE - PARCOURS DE SOINS COORDONNES (articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale).....	25
ARTICLE 9 - MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE	26
ARTICLE 10 - DELAIS DE PRESENTATION DES DEMANDES DE VERSEMENT DE PRESTATIONS – FORCLUSION	27
ARTICLE 11 - MODALITES ET DELAIS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	27
ARTICLE 12 - EXCLUSIONS.....	28
ARTICLE 13 - RECLAMATIONS - MEDIATION	29
ARTICLE 14 - RECOURS – PRESCRIPTION DES ACTIONS.....	30
ARTICLE 15 - SECRET PROFESSIONNEL.....	31
ARTICLE 16 - REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD)	32
ARTICLE 17 - CONTROLE.....	33
ARTICLE 18 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LA FRAUDE	33

LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE REGIME

ARTICLE 1 - DEFINITIONS

1.1. Le participant

Les **agents**, ci-après dénommés les Participants, bénéficient à titre **facultatif** des garanties frais de santé décrites dans la présente notice lorsqu'ils en font la demande selon les modalités prévues à la présente notice.

1.2. Formalités d'affiliation

Afin de bénéficier des garanties prévues à la présente notice, le Participant doit compléter un bulletin de situation, qu'il remet à l'Adhérent.

1.3. Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation du participant prend effet :

- à la date de prise d'effet du contrat complémentaire frais de santé collectif et facultatif lorsque le membre du personnel est inscrit à cette date dans les effectifs de l'adhérent ;
- à sa date d'embauche si elle est postérieure à la date d'effet du contrat.

L'affiliation des ayants droit prend effet à la date de production de l'ensemble des justificatifs à fournir.

1.4. Ayants droit

Les Ayants droit du Participant seront affiliés à titre **facultatif**.

Quoi qu'il en soit, une fois affilié, l'Ayant droit du Participant bénéficie des mêmes garanties que celui-ci.

a. Définitions

- **Conjoint**

Le conjoint s'entend de l'époux ou de l'épouse du participant non divorcé(e), tel(le) que défini(e) par le Code civil, suite à un jugement devenu définitif et non séparé(e) de corps judiciairement.

- **Partenaire à un P.A.C.S.**

Le partenaire à un P.A.C.S. s'entend de la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité (P.A.C.S.) au sens de l'article 515-1 du Code civil.

- **Concubin**

Le concubin s'entend de la personne vivant sous le même toit que le participant, leur vie commune devant présenter un caractère de stabilité et de continuité au sens de l'article 515-8 du Code civil.

Le participant et son concubin doivent être célibataires, veufs ou divorcés au sens du Code civil, et non liés par un PACS.

- **Enfants à charge**

La qualité d'enfant à charge en tant qu'ayant droit s'apprécie à la date de survenance du sinistre.

Les enfants à charge, y compris adoptifs (adoption simple ou plénière) et recueillis (tels que définis ci-après), sont ceux :

- du participant ;
- de son conjoint ;
- de son partenaire lié par un P.A.C.S. ;
- de son concubin.

En outre, les enfants doivent être à la charge du participant ou des ayants droit mentionnés ci-dessus. Sont considérés comme à charge :

- les enfants du participant à naître dans les 300 jours après le décès du participant ou nés viables ;
- les enfants mineurs sans condition ;
- les enfants majeurs jusqu'à 26 ans non révolus, entrant en compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus du participant, ou non imposables et s'ils justifient, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ou d'être en période de césure ;
 - d'être volontaire du service civique ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un Centre d'Aide par le Travail en tant que travailleurs handicapés.
- sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26^{ème} anniversaire, d'un taux supérieur ou égal à 80% tel que défini par la CDAPH, justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé. Toutefois, les enfants perdent la qualité d'ayant droit dès qu'ils ne sont plus titulaires de la carte d'invalidé civil.

Il faut entendre par enfant recueilli l'enfant qui vit au foyer du participant et :

- qui est fiscalement à la charge du participant, de son conjoint, de son partenaire à un PACS ou de son concubin
- et pour lequel les parents ne sont pas tenus au versement d'une pension alimentaire.

- **Ascendants à charge**

Est reconnu comme personne à charge tout ascendant du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un P.A.C.S. ou de son concubin, aux conditions cumulatives que l'ascendant :

- ne soit pas soumis à l'impôt sur le revenu ;
- soit à la charge fiscale de l'une des personnes mentionnées ci-dessus.

b. Formalités d'affiliation

- **Conditions d'affiliation des ayants droit**

L'affiliation des ayants droit est effectuée :

- lors de l'affiliation du participant au contrat collectif FS1 FS/CR;
- au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve que la demande d'affiliation faite par le participant soit reçue par l'IPSEC avant le 31 octobre de l'année précédente ;
- au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'affiliation faite par le participant en cas de changement de situation de famille, c'est-à-dire lorsqu'un tiers acquiert la qualité d'ayant droit au sens du Règlement de prévoyance, soit, notamment, en cas de : mariage, PACS, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, rattachement d'un ascendant.

La radiation d'un ayant droit est possible :

- au 1^{er} janvier de chaque année si l'ayant droit peut justifier de deux ans d'affiliation continue et si la demande de radiation faite par le participant est reçue par l'Ipsec avant le 31 octobre de l'année précédente.
- au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande de radiation faite par le participant :
 - en cas de changement de situation de famille, c'est-à-dire lorsqu'un ayant droit au sens du présent Règlement de prévoyance et affilié au contrat d'adhésion perd sa qualité.
 - si le conjoint, le partenaire lié par un pacs ou le concubin justifie d'être affilié par ailleurs, à titre principal, sur un contrat collectif à adhésion obligatoire.

Le participant devra fournir lors de la demande d'affiliation et de radiation les pièces justificatives visées ci-dessous.

1.5. Justificatifs à fournir

Le participant doit joindre avec la Déclaration d'affiliation la photocopie de l'**attestation jointe à la carte Vitale** ou la carte d'assuré au régime de base obligatoire en vigueur à la date d'affiliation pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro INSEE.

Il produit également, selon sa situation une copie des documents suivants :

- en cas de mariage et / ou en présence d'au moins un enfant : livret de famille,
- en cas de PACS : acte de naissance des deux partenaires, comportant la conclusion du PACS en mentions marginales, datant de moins de trois mois,
- en cas de concubinage :
 - certificat de vie commune ou de concubinage, datant de moins de trois mois, délivré par la mairie
 - ou, à défaut :
 - attestation sur l'honneur de leur qualité de concubin,
 - pièce d'identité
 - justificatif de domicile portant leurs deux noms, datant de moins de trois mois.
- pour les enfants à charge âgés de 18 ans à moins de 26 ans : certificat de scolarité,
- pour les enfants à charge apprentis : certificat d'apprentissage,
- en cas de période de césure : accord conclu entre l'enfant et le chef d'établissement d'enseignement supérieur,
- en cas de service civique : accord conclu entre l'enfant et la structure d'accueil,
- en cas d'alternance : contrat de formation professionnelle en alternance,

- en cas de professionnalisation : contrat de professionnalisation,
- en cas de recherche d'emploi : inscription auprès du Pôle emploi comme demandeur d'emploi,
- pour les enfants à charge travailleurs handicapés : contrat de travail délivré par le Centre d'Aide par le Travail,
- pour les enfants à charge titulaires de la carte d'invalidé civil : carte d'invalidité ;
- avis d'imposition lorsque la charge fiscale est à prouver ;
- tout autre document permettant de prouver qu'un enfant est à charge au sens de la législation fiscale et permettant notamment de comprendre l'attribution des parts indiquées sur l'avis d'imposition sur les revenus. Par exemple, pour les familles recomposées : décision du juge aux affaires familiales concernant la résidence de l'enfant et / ou l'attribution d'une pension alimentaire ; en cas d'accord amiable entre parents concernant cette résidence et / ou l'attribution d'une pension alimentaire, attestation sur l'honneur de l'autre parent,
- pour les ascendants à charge : déclaration de revenus préremplie comportant leur identité ou tout autre document permettant d'en attester.

A défaut de production des justificatifs demandés, les garanties sont suspendues.

ARTICLE 2 - ENTREE EN VIGUEUR EN CAS DE CHANGEMENTS DE GARANTIES

Les nouvelles garanties s'appliqueront :

- à compter de la date d'effet de ce changement pour les participant en activité ;
- à compter du jour de leur reprise effective de travail pour les participants dont le contrat de travail est suspendu à la date de prise d'effet du changement de garanties et ne bénéficiant pas d'un maintien de garanties.

ARTICLE 3 - CESSATION DES GARANTIES

En dehors des cas de maintien de garanties, vos droits à prestations cessent en cas :

- de résiliation ou de non renouvellement du contrat complémentaire frais de santé facultatif ;
- de cessation d'activité ou de départ de la catégorie de personnel couvert par le contrat d'adhésion ;
- de départ en retraite, hors cas particulier du dispositif de cumul emploi-retraite ;
- d'exercice de sa faculté de dénonciation, telle que définie ci-après.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin de toutes les garanties de base, ainsi que toutes les garanties sur-complémentaires qui viendraient renforcer le contrat complémentaire frais de santé.

ARTICLE 4 - FACULTE DE RENONCIATION

- **Delai de renonciation**

Le Participant bénéficie à titre contractuel d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'Affiliation.

Pendant cette période de 30 jours, aucune cotisation n'est due, et les garanties ne prennent pas effet. **Un sinistre survenant pendant cette période ne donne donc pas lieu à prise en charge.**

Le Participant a toutefois la possibilité de demander, lors de son Adhésion, la mise en œuvre immédiate de la garantie. Dans cette hypothèse, et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, la garantie prend effet à la date de conclusion de l'Adhésion, le Participant

conservant malgré tout et **sauf survenance d'un sinistre couvert pendant le délai de 30 jours, la possibilité de renoncer à son Adhésion dans le délai et les conditions prévus au présent article.**

- **Modalités de renonciation**

Pour exercer son droit à renonciation, le Participant doit adresser à l'IPSEC une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme)..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion n°..... (de contrat) que j'ai signée le à (Lieu d'affiliation).

Le (Date et signature) ».

- **Effets de la renonciation**

L'IPSEC procède alors au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception.

ARTICLE 5 - FACULTE DE DENONCIATION

Le participant peut dénoncer son affiliation au contrat collectif facultatif au 31 décembre de chaque année. La dénonciation doit être signifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée deux mois avant la fin de l'année à l'Institution, le cachet de la Poste faisant foi.

Le participant peut également dénoncer son affiliation en cas de modification apportée à ses droits et obligations dans un délai d'un mois suivant la réception de la nouvelle notice d'information.

ARTICLE 6 - MAINTIEN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

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

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

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

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

Cas de l'article L 5111-7 du code général des collectivités locales. Si les Participants changent de Collectivité en application d'une réorganisation, la nouvelle Collectivité est substitué de plein droit à l'ancienne pour la convention de participation et le présent contrat collectif d'assurance conclus par ce dernier avec l'Institution. La convention et le contrat sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance, sauf accord contraire entre la nouvelle Collectivité, l'ancienne Collectivité et l'Institution. Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention du contrat, antérieures à celles stipulées, dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents. L'Institution est informée de la substitution de personne morale par la nouvelle Collectivité. La substitution de personne morale à la convention et au contrat n'entraîne aucun droit à résiliation ou à indemnisation pour l'Institution.

Autre cas. Par application de l'article 6 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, après l'expiration d'un délai de deux ans suivant la date d'effet de l'adhésion du Participant, l'Institution ne peut refuser de maintenir les garanties au Participant qui en fait la demande, tant que celui-ci n'a pas atteint l'âge légal de départ à la retraite, et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration. Le maintien à titre individuel des garanties par l'Institution s'effectue sans réduction de celles-ci, ni révision des taux de cotisation fondée sur l'évolution de l'état de santé du Participant. La demande de maintien des garanties à titre individuel doit être formulée, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de six mois à compter de la date d'effet de la cessation des garanties.

6.3 Maintien des garanties selon les situations des Assurés

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

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

6.4 Maintien des prestations en cas de résiliation du contrat ou de l'adhésion

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

GARANTIES FRAIS DE SANTE

ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTE

6.1 Choix du régime

Les participants ont le choix entre 3 niveaux de garanties, appelés respectivement niveau 1, niveau 2 et niveau 3.

Par la suite, ils ont la possibilité **de modifier leur choix selon les conditions suivantes.**

Pour un régime supérieur :

- Au 1^{er} janvier de chaque année si la demande est reçue par l'IPSEC avant le 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- Au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de la demande en cas de changement de situation familiale*. Pour être recevable, la demande doit être reçue par l'IPSEC dans les 3 mois suivant ce changement.

Pour un régime inférieur :

- Au 1^{er} janvier de chaque année si le participant peut justifier de 3 ans d'affiliation au précédent régime et si la demande est reçue par l'IPSEC avant le 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- Au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de la demande en cas de changement de situation familiale*. Pour être recevable, la demande doit être reçue par l'IPSEC dans les 3 mois suivant ce changement.

* Pour l'application du présent article, l'expression « changement de situation familiale » désigne exclusivement tout événement permettant d'attribuer à une personne la qualité d'ayant droit du participant, telle que définie dans la notice d'information, ou de mettre un terme à cette qualité.

Il peut s'agir de l'un des événements suivants :

- Mariage ;
- Conclusion d'un PACS ;
- Divorce ;
- Rupture de PACS ;
- Séparation de corps judiciairement prononcée ;
- Naissance d'un enfant ;
- Décès d'un ayant droit.

6.2 Descriptif des garanties

Les prestations exprimées dans le tableau ci-dessous, s'entendent sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale.

Les prestations dues par l'Institution sont calculées acte par acte pour les frais engagés postérieurement à l'affiliation du participant et pendant la durée de cette affiliation. Le montant des prestations versées par l'Institution, ajouté, le cas échéant, à celui des remboursements de la Sécurité sociale, ne peut excéder les frais réellement engagés.

Ne sont en aucun cas couverts par les prestations décrites ci-dessous :

- Les participations forfaitaires et les majorations mises légalement à la charge des assurés ;
- Les actes hors nomenclature, sauf indication expresse dans le descriptif des garanties ci-dessous ;
- Les dépassements d'honoraires non autorisés.

Pour les praticiens non conventionnés, les remboursements de l'Institution sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

Les abréviations et termes employés dans le descriptif des garanties ci-après sont expliqués dans le lexique figurant à la suite du tableau de garanties.

Les garanties couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé ». Les actes pris en charge intégralement sont précédés des icônes suivantes dans la grille de garanties :



en Dentaire, pour les prothèses dentaires sans reste à charge (prise en charge à 100% à partir du 1^{er} janvier 2020, selon le calendrier prévu dans la convention dentaire) **dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)**



en Optique, pour les verres et montures de classe A (prise en charge à 100% dès le 1^{er} janvier 2020) **dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)**



en Audioprothèse, pour les aides auditives de classe I (prise en charge à 100% dès le 1^{er} janvier 2021) **dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) avec un appareillage par oreille tous les 4 ans de date à date**

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
		Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

ACTES MEDICAUX COURANTS										
Praticien conventionné Secteurs 1 et 2, adhérent OPTAM / OPTAM-CO										
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3							
• Généraliste, consultations et visites	125 % BR	150 % BR	200 % BR	X						
• Spécialiste, consultations et visites	150 % BR	200 % BR	250 % BR	X						
• Actes médicaux techniques et autres actes	125 % BR	150 % BR	200 % BR	X						
• Imagerie médicale	100 % BR	125 % BR	150 % BR	X						
Praticien conventionné Secteur 2 non adhérent OPTAM / OPTAM-CO, praticien non conventionné										
• Généraliste, consultations et visites	105 % BR	130 % BR	180 % BR	X						
• Spécialiste, consultation et visites	130 % BR	180 % BR	200 % BR	X						
• Actes médicaux techniques et autres actes	105 % BR	130 % BR	180 % BR	X						
• Imagerie médicale	80 % BR	105 % BR	130 % BR	X						
Pharmacie	100 % BR sur la base du TFR	100 % BR sur la base du TFR	100 % BR sur la base du TFR	X						

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
		Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

Auxiliaires médicaux :										
• Infirmier	100 % BR	125 % BR	150 % BR	X						
• Masseur-kinésithérapeute	100 % BR	125 % BR	150 % BR	X						
• Orthophoniste	100 % BR	125 % BR	150 % BR	X						
• Orthoptiste	100 % BR	125 % BR	150 % BR	X						
• Pédicure-podologue	100 % BR	125 % BR	150 % BR	X						
• Sage-femme	100 % BR	125 % BR	150 % BR	X						
Examens en laboratoire d'analyses médicales	100 % BR	125 % BR	150 % BR	X						
Transport : • remboursé par la SS	100 % BR			X						
				X						
				X					X	

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
		Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

Prestations complémentaires													
Médecine douce :													
• Acupuncteur					X								
• Chiropracteur					X								
• Etiopathe					X								
• Homéopathe	100 € par an et par bénéficiaire	125 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire		X								
• Naturopathe					X								
• Nutritionniste					X								
• Ostéopathe					X								
• Sophrologue					X								
Pharmacie prescrite non remboursée par la SS				20 € par an et par bénéficiaire	20 € par an et par bénéficiaire	30 € par an et par bénéficiaire		X	X				
Automédication				20 € par an et par bénéficiaire	20 € par an et par bénéficiaire	30 € par an et par bénéficiaire		X	X				
Sevrage tabagique	150 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire		X	X							

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
		Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

HOSPITALISATION MEDICALE - CHIRURGICALE - MATERNITE				+ décompte SS en cas d'hospitalisation en établissement non conventionné									
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR				X						
Honoraires médicaux :													
• Honoraires médicaux, Praticien conventionné Secteurs 1 et 2, adhérent OPTAM / OPTAM-CO	150 % BR	200 % BR	250 % BR				X	X					
• Honoraires médicaux, Praticien conventionné Secteur 2 non adhérent OPTAM / OPTAM-CO, praticien non conventionné	130 % BR	180 % BR	200 % BR				X	X					
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR				X						
Forfait journalier psychiatrie	100 % FR	100 % FR	100 % FR				X						
Chambre particulière avec nuitée, y compris maternité (par jour)	50 € par jour	50 € par jour	70 € par jour				X						
Chambre particulière sans nuitée (par jour)	20 € par jour	20 € par jour	30 € par jour		X								
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	30 € par jour	30 € par jour	40 € par jour		X				X	X			

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
		Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

Allocation maternité	150 €	200 €	250 €	Copie du livret de famille certifiée conforme par le participant ou acte de naissance								
Amniocentèse	30 €	30 €	50 €		X					X		

CURES THERMALES REMBOURSEES PAR LA SECURITE SOCIALE												
Soins thermaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR		X							
Transports et hébergements remboursés ou non par la Sécurité Sociale	100% BR + 150 € par an et par bénéficiaire	100% BR + 200 € par an et par bénéficiaire	100% BR + 250 € par an et par bénéficiaire		X					X	X	

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC									
		Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS	

APPAREILLAGES REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE											
A votre demande, l'IPSEC peut procéder à une avance auprès du praticien. Il vous suffit d'en faire une demande écrite, accompagnée d'un devis. Le montant de l'avance éventuellement consentie est limité à 60 % des prestations prévues ci-dessous et, en tout état de cause, à 1200 €.											
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	100 % BR	100 % BR	100 % BR	X	X						
Forfait complémentaire (par an) :											
Orthopédie	200 € par an et par bénéficiaire	300 € par an et par bénéficiaire	400 € par an et par bénéficiaire	X	X						
Prothèses (mammaires, capillaires, oculaires)	200 € par an et par bénéficiaire	300 € par an et par bénéficiaire	400 € par an et par bénéficiaire	X	X						
Grand appareillage	200 € par an et par bénéficiaire	300 € par an et par bénéficiaire	400 € par an et par bénéficiaire	X	X						

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
		Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

Aides auditives											
Equipement 100 % Santé (classe I)		A compter du 1^{er} janvier 2021 : 100% FR dans la limite des Prix limites de vente									
Equipement autre que 100% santé (Classe II dans la limite de 1700€ par oreille tous les 4 ans à compter du 1er janvier 2021)											
Remboursement par aide auditive		100 % BR + 200 €	100 % BR + 400 €	100 % BR + 600 €	X	X					
FRAIS DENTAIRES											
A votre demande, l'IPSEC peut procéder à une avance auprès du praticien pour les prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale et l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale. Il vous suffit d'en faire une demande écrite, accompagnée d'un devis. Le montant de l'avance éventuellement consentie est limité à 80 % des prestations prévues ci-dessous et, en tout état de cause, à 1200 €.											
Soins dentaires :											
• Pris en charge par la Sécurité sociale		100 % BR	125 % BR	150 % BR	X	X					
• Onlays / Inlays pris en charge par la Sécurité sociale		100 % BR	125 % BR	150 % BR	X	X					

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
		Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

Soins et Prothèses dentaires :											
<ul style="list-style-type: none"> Panier de soins 100 % Santé sans reste à charge 		100% FR dans la limite des honoraires limites de Facturation			X	X					
<ul style="list-style-type: none"> Panier de soins aux tarifs maîtrisés 		150 % BR	200 % BR	300 % BR	X	X					
<ul style="list-style-type: none"> Panier de soins aux tarifs libres 		200 % BR	300 % BR	400 % BR	X	X					
Orthodontie :											
<ul style="list-style-type: none"> Remboursée par la Sécurité sociale 		200 % BR	300 % BR	400 % BR	X	X					
<ul style="list-style-type: none"> Non remboursée par la Sécurité sociale 		200 € par an et bénéficiaire	200 € par an et bénéficiaire	300 € par an et bénéficiaire		X					

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
		Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

Prestations complémentaires non remboursées par la SS										
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	100 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire		X					
Implantologie (Forfait par implant limité à 3 implants par an et par bénéficiaire)	100 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire	300 € par an et par bénéficiaire		X					
Prothèses dentaires non remboursées et codifiées par la CCAM (par an et par bénéficiaire)	400 € par an et par bénéficiaire	400 € par an et par bénéficiaire	600 € par an et par bénéficiaire		X					

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
		Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

FRAIS OPTIQUES

A votre demande, l'IPSEC peut procéder à une avance auprès de votre opticien. Il vous suffit d'en faire une demande écrite, accompagnée d'un devis. Le montant de l'avance éventuellement consentie est limité à 60 % des prestations prévues ci-dessous et, en tout état de cause, à 1200 €.

LIMITE DU REMBOURSEMENT POUR L'EQUIPEMENT OPTIQUE (2 VERRES + MONTURE)

Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100 € pour les montures (classe B)

PARTICIPANTS DE 16 ANS ET PLUS

- **Par principe** : 1 équipement tous les deux ans suivant la dernière facturation.
- **Par exception** : 1 équipement complet (2 verres + monture) par an en cas d'évolution de la vue. La justification de l'évolution se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit lorsque l'opticien lunetier adapte la prescription médicale initiale lors d'un renouvellement de délivrance.

PARTICIPANTS DE MOINS DE 16 ANS

- **Par principe** : 1 équipement par an suivant la dernière facturation et un équipement par semestre pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.
- **Par exception** : Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres sous réserve de présenter une nouvelle prescription ophtalmologique

Les cas d'application des périodicités de prise en charge dérogatoires sont décrits dans une annexe 1 à la notice d'information

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
		Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

Equipement complet 100% santé Monture et verres classe A (sans reste à charge) 	100% FR dans la limite des Prix limite de vente			X	X								
Equipement autre que 100% santé (classe B) limité à 100 € pour la monture													
a) Equipement à verres simples	150 €	250 €	300 €	X	X								
b) Equipement avec un verre mentionnée au a) et un verre mentionné au c)	225 €	375 €	450 €	X	X								
c) Equipement à verres complexes	300 €	500 €	600 €	X	X								
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	188 €	313 €	375 €	X	X								
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	300 €	500 €	600 €	X	X								
f) Equipement à verres très complexes	300 €	500 €	600 €	X	X								

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
		Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

Lentilles ⁽¹⁾										
<ul style="list-style-type: none"> Remboursées par la Sécurité sociale <i>(1) A épuisement de votre forfait, le ticket modérateur est pris en charge par l'IPSEC.</i> 	150 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire	250 € par an et par bénéficiaire	X	X					
<ul style="list-style-type: none"> Prescrites et non remboursées par la Sécurité sociale 	150 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire		X	X				
Prestations complémentaires										
Chirurgie réfractive de l'œil	200 € par œil	300 € par œil	400 € par œil		X					

* Décompte SS à fournir systématiquement en l'absence de télétransmission de ce décompte

LEXIQUE

ABREVIATION	SIGNIFICATION	DEFINITION
BR	Base de remboursement	Tarif à partir duquel la Sécurité sociale détermine ses remboursements : <ul style="list-style-type: none"> • tarif conventionnel pour le secteur conventionné ; • tarif d'autorité pour le secteur non conventionné.
-	Etablissement conventionné	Un établissement conventionné est soumis à un encadrement de la tarification des frais d'hospitalisation par convention avec la Sécurité sociale.
-	Etablissement non conventionné	Les frais de séjour et les honoraires sont fixés librement par l'établissement et les praticiens.
CCAM	Classification commune des actes médicaux	Depuis le 1 ^{er} juin 2014, les dentistes doivent codifier les actes bucco dentaires en CCAM à l'exception de l'orthodontie.
FR	Frais réels	Dépense réellement engagée.
-	Hors nomenclature	Actes non codifiés et non remboursés par la Sécurité sociale.
MR	Montant du remboursement	Remboursement de la Sécurité sociale.
OPTAM	Option pratique tarifaire maîtrisée	Les médecins signataires s'engagent à :
OPTAM-CO	Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique	<ul style="list-style-type: none"> • respecter un taux de dépassement moyen ; • respecter un pourcentage minimum d'activité à tarif opposable.
PMSS	Plafond mensuel de la Sécurité sociale	Certaines de nos prestations sont calculées par référence à la valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale en cours au moment des soins. Il est revalorisé par les pouvoirs publics une fois par an.
-	Professionnel de santé conventionné	Les professionnels de santé conventionnés sont soumis à un encadrement de la tarification de leurs actes par convention avec la Sécurité sociale. Il comprend 2 secteurs : <ul style="list-style-type: none"> • le secteur 1 : le tarif conventionnel est appliqué. Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés que dans des cas particuliers (dépassement permanent autorisé selon le statut du praticien, dépassement pour exigence particulière du patient) ; • le secteur 2 : les dépassements d'honoraires sont autorisés, dès lors qu'ils sont fixés avec tact et mesure mais ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale.
-	Professionnel de santé non conventionné	Le secteur 3 : Les honoraires sont fixés librement. La Sécurité sociale ainsi que l'IPSEC appliquent le tarif d'autorité pour établir ses remboursements.
-	Remboursement Sécurité sociale	Montant remboursé par la Sécurité sociale = BR multipliée par le taux de remboursement applicable à un acte donné.
SS	Sécurité sociale	-
TA	Tarif d'autorité	Tarif appliqué par la Sécurité sociale pour les actes dispensés par un professionnel de santé non conventionné.
TC	Tarif conventionnel	Tarif appliqué par la Sécurité sociale pour les actes dispensés par un professionnel de santé conventionné.
TFR	Tarif forfaitaire de responsabilité	Base de remboursement de la Sécurité sociale pour un médicament générique.
TM	Ticket modérateur	Différentiel entre la BR et le montant remboursé par la Sécurité sociale.

ARTICLE 8 - RESPECT DU CONTRAT RESPONSABLE - PARCOURS DE SOINS COORDONNES (articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale)

Les garanties détaillées ci-dessus respectent les conditions du contrat responsable :

➤ **Les garanties excluent la prise en charge :**

- De la majoration de ticket modérateur en cas de consultations ou visites de médecins effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire sans prescription du médecin traitant ou correspondant ;
- De la participation forfaitaire et des franchises visées à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- Des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés par l'assuré sans prescription préalable de son médecin traitant ou correspondant.

➤ **Les garanties prennent obligatoirement en charge :**

- L'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R.160-5 du Code de la Sécurité sociale. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;
- En fonction des garanties choisies par l'assuré, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code la Sécurité sociale, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;
- Une couverture des frais exposés par l'assuré et ses ayants droit en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima, dans la limite des maxima et le respect d'une périodicité fixés par l'article R.871-2, 3° du Code de la Sécurité sociale et la formule choisie par le participant ;
- Les frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;
- Au 1^{er} janvier 2021 : Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :
 - a) A hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;

b) Au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

- Le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée ;
- La totalité de la participation de l'assuré au sens de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale pour les actes de prévention figurant sur la liste des prestations considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique. Par principe, les actes pris en charge par l'IPSEC sont :
 - un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum;
 - la vaccination Haemophilus influenzae B (infections à l'origine de la méningite de l'enfant).

Ces règles sont applicables aux consultations et prescriptions du médecin spécialiste effectuées sur prescription du médecin traitant ou correspondant. Ces modifications ne sont pas exclusives de dispositions découlant des textes réglementaires à paraître.

ARTICLE 9 - MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE

Les démarches à effectuer pour obtenir vos remboursements varient selon si la Sécurité sociale transmet ou non ses décomptes à l'IPSEC (système de télétransmission NOEMIE).

9.1. L'IPSEC reçoit directement les décomptes de la Sécurité sociale

Votre décompte de Sécurité sociale mentionne un message du type : « Un double de ce décompte est transmis à votre organisme complémentaire. ». Vous n'avez pas besoin de nous renvoyer le décompte. Nous vous conseillons toutefois de le conserver.

Si des justificatifs supplémentaires sont nécessaires, l'IPSEC vous adressera une demande accompagnée d'un récapitulatif des prestations concernées. N'oubliez pas de joindre à votre courrier, en plus des pièces demandées, ledit récapitulatif, pour permettre un traitement rapide de votre dossier.

9.2. L'IPSEC ne reçoit pas directement les décomptes de la Sécurité sociale

Votre décompte ne mentionne pas ce type de message. Vous ne bénéficiez pas encore de NOEMIE.

Pour obtenir votre remboursement dans les meilleurs délais, adressez-nous les originaux des décomptes de sécurité sociale (ou, éventuellement, les décomptes établis par d'autres organismes de remboursement complémentaire), accompagnés des pièces justificatives listées dans le tableau descriptif des garanties ci-dessus.

Sur votre demande expresse, les prestations peuvent être servies sur présentation des originaux des décomptes "papier" de la Sécurité sociale ou, éventuellement, des décomptes établis par d'autres organismes de remboursement complémentaire. Le règlement des prestations s'effectue alors à votre initiative ou à celle de vos ayants droit. Vous devez présenter, à l'appui de votre demande, les pièces justificatives listées dans le tableau descriptif des garanties.

9.3. Prise en charge hospitalière

Vous pouvez être dispensé de l'avance de vos frais d'hospitalisation dans les limites des garanties dont vous bénéficiez.

Sur simple appel téléphonique, l'IPSEC peut délivrer, pour vous-même et vos ayants droit, une prise en charge hospitalière pour l'admission dans un établissement conventionné.

La prise en charge est établie sur indication de vos coordonnées (nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale) et communication des renseignements suivants :

- le nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale de la personne hospitalisée ;
- le numéro FINESS ou le nom et adresse de l'établissement hospitalier ;
- la date d'entrée et la nature de l'hospitalisation (chirurgicale, médicale, maternité).

Il suffit de faire la demande :

☎ : **01.56.21.18.91**

✉ : IPSEC – Service des prises en charge – Tour Egée - 9 allée de l'Arche
CS 30113 - 92671 Courbevoie cedex

@ : webfss@ipsecprev.fr

☎ : 01.56.21.18.87

ARTICLE 10 - DELAIS DE PRESENTATION DES DEMANDES DE VERSEMENT DE PRESTATIONS – FORCLUSION

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs doivent parvenir à l'Institution dans un délai de 3 mois suivant la date du remboursement effectué par la Sécurité sociale.

Toutefois, quelle que soit la nature des prestations concernées, l'Institution ne pourra se prévaloir de la déchéance que si elle prouve avoir subi un préjudice du fait de la déclaration tardive.

ARTICLE 11 - MODALITES ET DELAIS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

L'Institution règle ses prestations, notamment par virement bancaire ou postal, auprès du participant, de l'Adhérent ou du bénéficiaire, généralement dans les 10 jours ouvrés qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire compris.

Ces délais sont donnés à titre indicatif et ne sauraient en aucun cas engager la responsabilité de l'Institution.

ARTICLE 12 - EXCLUSIONS

Les prestations dues par l'Institution sont versées sous forme d'un versement complémentaire à celui effectué par la Sécurité Sociale.

Toutefois, ne donnent pas lieu à remboursement :

- les participations forfaitaires et les majorations mises légalement à la charge des assurés ;
- la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- les actes hors nomenclature, sauf indication contraire expresse des conditions particulières ;
- les dépassements d'honoraire non autorisés ;
- les frais non remboursés par la sécurité sociale, sauf indication contraire aux conditions particulières ;
- les frais engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation d'une part, et, d'autre part, la date d'entrée du participant dans le groupe assuré et sa date de sortie, la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale étant seule prise en considération.

Dans le cadre de l'hospitalisation sont exclus :

- les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, blanchisserie, frais de dossier... ;
- les frais d'hébergement résultant d'une admission en secteur « long séjour » au sens de la Sécurité sociale.

Dans le cadre des frais dentaires, sauf mentions contraires des conditions particulières du contrat, l'IPSEC ne prend pas en charge les soins de parodontologie et d'orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale.

Dans le cadre des frais optiques, l'IPSEC ne prend pas en charge les frais engagés pour les traitements de teinte de lunettes et les produits d'entretien ne sont pas pris en charge.

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 13 - RECLAMATIONS - MEDIATION

13.1. Réclamation auprès de l'Institution

L'IPSEC met à la disposition de l'Adhérent et des participants la possibilité, sans préjudice des actions qu'ils peuvent exercer par ailleurs, de contacter la Mission Qualité de l'IPSEC pour la gestion des réclamations concernant l'exécution du contrat d'adhésion.

La réclamation doit être adressée aux coordonnées suivantes :

IPSEC
Mission Qualité
Tour Egée - 9 allée de l'Arche
CS 30113 - 92671 Courbevoie cedex

La réclamation fait l'objet d'un accusé de réception dans un délai de dix jours ouvrables à compter de sa date de réception, sauf si la réponse elle-même est apportée au client dans ce délai.

L'Institution s'engage à apporter une réponse à l'Adhérent ou au participant dans un délai de deux mois à compter de cette même date. Toutefois, des circonstances particulières peuvent nécessiter un délai supplémentaire. Dans cette hypothèse, l'Institution en informe l'Adhérent ou le participant.

13.2. Procédure de médiation CTIP

A défaut d'accord entre les parties au terme de la procédure de règlement des réclamations énoncée ci-dessus, celles-ci peuvent faire appel au médiateur du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP).

En tant que membre du CTIP, l'Institution adhère à la Charte de médiation des institutions de prévoyance et de leurs unions. A ce titre, dans les limites de deux fois par an, le médiateur peut être saisi par :

- l'Adhérent ;
- le Participant ;
- les bénéficiaires de prestations ;
- les Ayants droit du Participant.

L'Institution ne saisit le médiateur que si l'autre partie au litige lui donne son accord pour ce faire. En tout état de cause, quel que soit le demandeur, la prescription est suspendue à compter du jour où les parties auront convenu de recourir à la médiation.

Le demandeur peut se faire représenter ou assister par un tiers de son choix à tous les stades du processus de médiation.

Un litige ne peut être examiné par le médiateur lorsque :

- Le demandeur ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de l'Institution par une réclamation écrite selon les modalités exposées précédemment ;
- La demande est manifestement infondée ou abusive ;
- Le litige a été précédemment ou est actuellement examiné par un autre médiateur ou par un tribunal ;
- Le demandeur a introduit sa demande auprès du médiateur du CTIP dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de l'Institution ;
- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur du CTIP :
 - Décisions rendues au titre de l'action sociale de l'Institution ;
 - Contrôle de la motivation des résiliations ;
 - Décisions d'augmentation des cotisations ;
 - Procédure de recouvrement des cotisations.

La procédure de médiation est une procédure gratuite et écrite. La partie qui saisit le médiateur lui envoie un dossier complet soit :

- Par courrier aux coordonnées suivantes : Le Médiateur du CTIP - 10, rue CAMBACERES - 75008 PARIS ;
- A partir du site internet du CTIP, rubrique « Médiateur » (www.ctip.asso.fr).

Le médiateur peut faire appel à tout expert qu'il juge utile pour mener à bien sa mission.

Il dispose de 90 jours à compter de la réception du dossier complet pour rendre son avis écrit et motivé, étant entendu que ce délai peut être étendu en cas de dossier complexe et que la durée moyenne du processus est de 5 mois à compter de la date à laquelle le médiateur est saisi.

Les parties disposent d'un délai de réflexion raisonnable fixé par le médiateur pour accepter ou refuser la proposition. L'avis du médiateur ne lie pas les parties.

La procédure de médiation et l'avis du médiateur sont confidentiels. Les parties intéressées et le médiateur peuvent exclusivement faire état de l'existence de la médiation, d'un accord ou d'un désaccord en fin de médiation.

Tout recours contentieux engagé par l'une des parties et ayant le même objet que la saisine du médiateur met immédiatement fin à la procédure de médiation.

ARTICLE 14 - RECOURS – PRESCRIPTION DES ACTIONS

14.1. Recours judiciaire

Toutes actions intentées en exécution des dispositions du contrat d'adhésion seront soumises à la juridiction compétente dans les conditions prévues par la loi.

14.2. Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'Institution dans leur action contre le tiers

responsable, dans la limite du montant des prestations versées. L'Institution se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce dans le cadre des dispositions de la loi n°85-677 du 5 Juillet 1985 modifiée par la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'Institution n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

14.3. Prescription

Toutes actions dérivant de l'application des présentes dispositions sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions de l'article L 932-13 et L 932-13-3 du Code de la Sécurité sociale.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, 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'Adhérent, du participant, de l'ayant droit ou du bénéficiaire contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent, le participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci visées aux articles 2240 et suivants du code civil :
 - reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
 - demande en justice, même en référé, ou porté devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ;
 - mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
 - acte d'exécution forcée.
- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée par l'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 15 - SECRET PROFESSIONNEL

Conformément à l'article 226-13 du Code pénal, l'Institution est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

ARTICLE 16 - REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD)

Cet article a pour objectif de vous informer, de la manière dont vos données personnelles sont collectées et traitées par l'IPSEC et ce en conformité avec le RGPD.

L'Institution a nommé un délégué à la protection des données joignable aux coordonnées suivantes : dpo@ipsecprev.fr ou à : Ipsec - À l'attention du Délégué à la protection des données - 16-18 place du Général Catroux - 75848 PARIS Cedex 17.

Vous pouvez exercer vos droits en adressant un courrier, accompagné d'un justificatif, à l'adresse ou au courriel mentionné ci-dessus. Nous pouvons vous demander de nous fournir une pièce d'identité avant de répondre à votre demande.

Pourquoi collectons-nous vos données personnelles ?

En sa qualité d'assureur, l'Institution doit recueillir certaines de vos données personnelles qui lui permettent, d'une part, de vous identifier d'un point de vue contractuel et, d'autre part, de vous proposer les garanties et services adaptés à vos besoins.

Vos données à caractère personnel, qu'elles soient obligatoires ou facultatives, sont nécessaires afin de permettre à l'Institution de mettre en œuvre toutes les activités prévues par les statuts et conformes à la réglementation à laquelle l'Institution est soumise.

Elles peuvent également servir les intérêts de l'Institution notamment en matière de développement et d'amélioration des garanties et des produits. Ces traitements sont mis en œuvre dans des conditions qui permettent de préserver vos droits, par exemple en vous informant ou en vous permettant de vous y opposer.

Le traitement de vos données permet également de satisfaire les obligations légales et réglementaires.

Comment sont sécurisées vos données personnelles ?

L'Institution met en place des mesures organisationnelles et techniques pour préserver la sécurité de vos données et, notamment, pour empêcher qu'elles soient altérées, endommagées ou accessibles par des tiers (sauf accord de votre part).

Les données sensibles, et en particulier les données de santé, font l'objet de mesures de sécurité spécifiques. Pour assurer la sécurité et la confidentialité de vos données, celles-ci sont uniquement visibles par un personnel habilité et sensibilisé aux questions de protection des données personnelles.

Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Les données personnelles ne peuvent être conservées que pour une durée limitée. Cette durée est déterminée en fonction de la finalité du traitement et de règles issues de recommandations de la CNIL ou déterminées en fonction d'obligations réglementaires.

Les données nécessaires à la gestion de votre contrat et des services associés sont conservées pendant toute la durée de votre contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales énumérés à l'article L 932-13 du Code de la Sécurité Sociale.

Quels sont vos droits ?

Vous disposez du droit de demander :

- **l'accès aux données** vous concernant : vous pouvez demander à l'Institution des informations sur les traitements vous concernant et sur vos données personnelles ;
- **la rectification** : vous pouvez demander la rectification de vos données personnelles si celles-ci sont obsolètes ou erronées ;
- **l'effacement (droit à l'oubli)** : vous avez le droit d'obtenir l'effacement de vos données à caractère personnel dans les cas prévus par la loi (inutilité des données ou retrait de votre consentement) ;
- **l'opposition au traitement** : à tout moment, vous avez le droit de vous opposer pour des raisons tenant à votre situation particulière, à un traitement de vos données. L'Institution n'a donc plus à traiter vos données qui ne seraient pas nécessaires à la gestion de votre contrat.

En outre, en cas de collecte de vos données à des fins de prospection, vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement de vos données à caractère personnel. Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site www.bloctel.gouv.fr.

- **la portabilité de vos données** : vous avez le droit de recevoir les données personnelles que vous avez fournies, dans un format numérique, lorsqu'elles sont traitées sur la base de votre consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Enfin, vous avez la possibilité de définir des **directives générales et particulières** précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits après votre décès.

Vous pouvez retrouver l'ensemble du dispositif mis en œuvre par l'Institution relatif au RGPD sur notre site internet :

www.ipsecprev.fr/assures/protection-de-vos-donnees

ARTICLE 17 - CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution :

ACPR
4 Place de Budapest
CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09

ARTICLE 18 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LA FRAUDE

Conformément aux dispositions du code monétaire et financier, l'Institution a mis en place un dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme.

A ce titre, des poursuites civiles et pénales pourront être engagées.

Le saviez-vous ?

L'IPSEC gère un **fonds social** notamment destiné à l'attribution d'aides individuelles aux participants lorsque leur situation matérielle et / ou leur état de santé le justifie.

Les domaines d'intervention du fonds social sont :

- La santé : assistance financière pour les dépenses de santé, après application des garanties décrites à la présente notice d'information ;
- Le Handicap : complément financier pour les projets suivants : appareillage, adaptation du véhicule, du logement et à la vie courante ;
- Les difficultés matérielles ponctuelles : attribution d'aides sous forme de dons ou de prêts ;
- Le surendettement : l'IPSEC propose un accompagnement budgétaire et social par un partenaire spécialisé, visant à stabiliser la situation financière de ses participants ;
- La scolarité : une aide au financement des études supérieures.

Chaque dossier fait l'objet d'une étude personnalisée par la Commission du fonds social, composée d'administrateurs de l'IPSEC, qui se réunit chaque mois. Elle peut accorder, le cas échéant, des aides financières sous forme de dons et / ou de prêts, en complément des dispositifs publics.

Notre déléguée sociale se tient à votre disposition pour vous conseiller, vous orienter ou étudier votre demande. N'hésitez pas à la contacter par téléphone au : **01.56.21.18.08** ou par mail à : fds@ipsecprev.fr.

ANNEXE 1 : CAS D'APPLICATION DES PERIODICITES DE PRISE EN CHARGE DEROGATOIRES POUR LES EQUIPEMENTS D'OPTIQUE MEDICALE

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	<ul style="list-style-type: none"> • 1 an suivant la dernière facturation • 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> • variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; • variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; • somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; • variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; • variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; • variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constataion de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> • soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, • soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance. 	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres.	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constataion de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	