



## Notice d'information frais de santé du salarié

– Garanties applicables à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2010 –

### ■ TISSEO

Votre entreprise a souscrit auprès de l'Ipsec une adhésion qui prévoit les garanties et prestations ci-après.

### ■ Adhésion collective obligatoire

L'information des salariés relative aux garanties souscrites est restituée à travers deux types de documents :

### ■ Conditions particulières

Les conditions générales constituées par le Règlement de Prévoyance de l'Institution (référence : ENQIPS02- V02 - 26/06/09) ;

Les conditions particulières qui résument les garanties et prestations souscrites par votre entreprise dont vous trouverez le descriptif dans les pages suivantes.

### ■ Personnel Cadre et Assimilé

L'ensemble de ces deux documents – conditions générales et conditions particulières - vaut notice d'information des salariés au sens de l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale.

Toute information complémentaire par rapport à cette notice peut être obtenue, soit auprès de votre entreprise, soit auprès de notre Institution.

### ■ Renseignements

Pour votre affiliation et celle de vos ayants droit, vous pouvez contacter le Pôle Collectif au n°Azur 0 810 811 322 (prix d'un appel local).

Pour vos prestations de Frais de santé, contactez le Service Frais de Santé au n°Azur au 0 810 811 322 (prix d'un appel local).

*L'Ipsec est la 1<sup>ère</sup> Institution de prévoyance certifiée ISO 9001 version 2000 par AFAQ.*

Adhésion n°Q29 FS



## **I - GARANTIES FRAIS DE SANTE**

### **I - 1 BENEFCIAIRES DES GARANTIES**

#### **I.1.1 Le participant**

L'Entreprise adhérente s'engage à faire bénéficier des garanties qu'il a souscrites la totalité de son personnel actuel et futur, et quel que soit l'âge, appartenant à la (ou aux) catégorie(s) de personnel définie(s) au contrat d'adhésion, sous réserve des éventuelles dispenses d'affiliation et suspensions de garanties prévues par ledit contrat d'adhésion.

Tous les salariés d'une même catégorie bénéficient obligatoirement des mêmes garanties.

#### **I.1.2. Les ayants droit**

- Conjoint

Le conjoint s'entend de l'époux ou de l'épouse du participant non divorcé(e) 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

Les enfants à charge, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs (adoption simple ou plénière), naturels ou recueillis (les enfants recueillis - c'est-à-dire ceux de l'ex conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un PACS- du participant décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire), 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 (c'est-à-dire ne pas avoir dépassé la date anniversaire des 26 ans), entrant en ligne de 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 ;
  - 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 l'Assurance chômage 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 26ème anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale, justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil.

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

- 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 bénéficiaire du minimum vieillesse ou de prestations versées par le Fonds de Solidarité Vieillesse ou par le Fonds Spécial d'Invalidité ;
- soit à la charge fiscale de l'une des personnes mentionnées ci-dessus, c'est-à-dire que cette dernière ait été autorisée par l'administration fiscale à déduire de son revenu le montant de la pension alimentaire versée aux ascendants ou que l'ascendant donne droit à une part supplémentaire dans le calcul du quotient familial.

## I - 2. BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

I.2.1 Sont bénéficiaires et obligeront au paiement de la cotisation correspondante en fonction de la structure de tarif figurant au contrat d'adhésion :

- le participant,
- son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin même s'ils bénéficient à titre personnel du Régime de la Sécurité sociale,
- leur(s) enfant(s) à charge,
- leur (s) ascendants à charge.

Sous réserve :

- du paiement des cotisations dues conformément à l'article 9 du Règlement de Prévoyance,
- et de la communication à l'Institution des justificatifs visés à l'alinéa I.2.2 ci-dessous.

I.2.2 Justificatifs à fournir

Le participant doit joindre avec la Déclaration d'Affiliation, selon sa situation :

- une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité, délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance, et datant de moins de trois mois,
- une attestation de concubinage pour les concubins,
- un certificat de scolarité pour les enfants à charge assurés sociaux ou étudiants âgés de moins de 26 ans,
- un certificat d'apprentissage pour les enfants à charge apprentis,
- une copie du contrat de formation professionnelle en alternance pour les enfants à charge concernés,
- une copie du contrat de professionnalisation pour les enfants à charge concernés,
- une copie de la 1<sup>ère</sup> inscription auprès du régime de l'Assurance Chômage comme demandeur d'emploi, pour les enfants à charge concernés,
- une copie du contrat de travail délivré par le Centre d'Aide par le Travail pour les enfants à charge travailleurs handicapés,
- une copie de la carte d'invalidité pour les enfants à charge titulaires de la carte d'invalidé civil.

Outre ces justificatifs, la déclaration d'affiliation doit être accompagnée de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de base obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.

A défaut, les garanties sont suspendues.



### I - 3 DESCRIPTIF DES GARANTIES

Les remboursements Ipsec viennent en complément des remboursements du régime de la Sécurité Sociale et de ceux du régime complémentaire de base.

Leur cumul ne peut, par acte ou poste de soins, excéder les frais réellement engagés.

Les participations forfaitaires ainsi que les majorations mises légalement à la charge des assurés ne sont en aucun cas couvertes par les prestations IPSEC décrites ci-dessous.

NATURE DES SOINS	PRESTATION IPSEC
<b>ACTES MEDICAUX COURANTS</b>	
Y COMPRIS LES ACTES MEDICAUX COURANTS REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE AU TITRE DU « RISQUE MATERNITE »	
Consultations, visites de généraliste	100% des frais réels ; prestation limitée à 420% du tarif conventionnel
Consultations, visites de spécialiste	100% des frais réels ; prestation limitée à 420% du tarif conventionnel
Petite chirurgie	100% des frais réels ; prestation limitée à 50% du tarif conventionnel
Actes de radiologie	100% des frais réels ; prestation limitée à 100% du tarif conventionnel
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, massages, orthophonie, orthoptie, pédicure)	100% des frais réels ; prestation limitée à 50% du tarif conventionnel
Analyses médicales, examens de laboratoire et prélèvements	100% des frais réels ; prestation limitée à 100% du tarif conventionnel
<b>HOSPITALISATION MEDICALE – CHIRURGICALE – MATERNITE (établissement conventionné ou non)</b>	
Frais de séjour	100% des frais réels ; prestation limitée à 300% du tarif conventionnel
Honoraires médicaux	100% des frais réels ; prestation limitée à 600% du tarif conventionnel
Dépassement d'honoraires	100% des frais réels ; prestation limitée à 600% du tarif conventionnel
Frais d'accompagnement d'un enfant jusqu'à 15 ans inclus (frais d'hôtel + repas)	Prestation limitée à 1% du plafond mensuel sécurité sociale par jour
Transport en ambulance	100% des frais réels ; prestation limitée à 300% du tarif conventionnel

*Les Frais Réels s'entendent hors remboursement par l'IPSEC des tickets modérateurs d'ordre public.*

....

Les remboursements Ipsec viennent en complément des remboursements du régime de la Sécurité Sociale et de ceux du régime complémentaire de base.

Leur cumul ne peut, par acte ou poste de soins, excéder les frais réellement engagés.

Les participations forfaitaires ainsi que les majorations mises légalement à la charge des assurés ne sont en aucun cas couvertes par les prestations IPSEC décrites ci-dessous.

<b>FRAIS DENTAIRES</b>	
<b>LES SOINS ET PROTHESES DENTAIRES « HORS NOMENCLATURE » NE SONT PAS PRIS EN CHARGE</b>	
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	100% des frais réels ; prestation limitée à 100% du tarif conventionnel
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale	100% des frais réels ; prestation limitée à 250% du tarif conventionnel
Parodontologie	100% des frais réels ; prestation limitée à 4% du plafond mensuel sécurité sociale
Implantologie	100% des frais réels ; prestation limitée à 50% du tarif conventionnel sur la base d'un SPR 100 par an et par bénéficiaire
<b>FRAIS D'OPTIQUES</b>	
Monture	100% des frais réels, prestation limitée à 12% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, par an et par bénéficiaire.
Verres simple	100% des frais réels, prestation limitée à un maximum par verre de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultes : 3000% du tarif conventionnel</li> <li>- Enfants : 500% du tarif conventionnel</li> </ul>
Verre complexe	100% des frais réels, prestation limitée à un maximum par verre de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultes : 2800% du tarif conventionnel</li> <li>- Enfants : 500% du tarif conventionnel</li> </ul>
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale y compris jetables (sur prescription médicale) Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris jetables (sur prescription médicale)	100% des frais réels, prestation limitée à 12% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, par an et par bénéficiaire.
<b>CURES</b>	
CURE THERMALE remboursée par la Sécurité Sociale	100% des frais réels ; prestation limitée à un plafond par cure de 6% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale
<b>APPAREILLAGES</b>	
- Appareillages remboursés par la Sécurité sociale (ceintures, prothèses diverses) - Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale	100% des frais réels ; prestation limitée à 100% du tarif conventionnel

Les Frais Réels s'entendent hors remboursement par l'IPSEC des tickets modérateurs d'ordre public.

#### **I – 4 CONTRAT RESPONSABLE – PARCOURS DE SOINS COORDONNES (décret n° 2005-1226 du 29.09.2005)**

**Les garanties détaillées ci-dessus sont complétées par les dispositions ci-après intégrées dans nos programmes de gestion.**

➤ **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,
- du remboursement des actes et prestations de soins lorsque l'assuré refuse à un professionnel de santé d'accéder ou de compléter son dossier médical personnel (DMP),
- de la participation forfaitaire et des franchises visées à l'article L322-2 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 :**

- 30% du tarif opposable des consultations de médecin,
- 30% du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments prescrits par le médecin traitant ou correspondant et autres que ceux mentionnés aux 6° et 7° de l'article R.322-1,
- 35% du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant ou correspondant mentionné à l'article L.162-5-3.

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 d'autres textes réglementaires à paraître.

#### **I – 5 ENFANT A CHARGE**

Par dérogation au règlement de prévoyance IPSEC (ENQIPS02-V02-26/06/09), sont également considérés comme enfant à charge :

- sous conditions d'études, les enfants jusqu'à 28 ans,
- jusqu'à 28 ans, les enfants ayant terminé leurs études inscrits au chômage et sans ressources,
- quel que soit leur âge, les enfants infirmes ou incurables, incapables d'exercer une activité rémunérée et fiscalement à charge.

#### **I – 6 MAINTIEN A TITRE GRATUIT DES GARANTIES FRAIS DE SANTE DU POINT I-3 POUR LE CONJOINT ET LES AYANTS DROITS DU PARTICIPANT DECEDE**

En cas de décès du participant, le conjoint et ses ayants droits restent couverts par les garanties frais de santé de la présente adhésion pendant trois mois gratuitement.



## I – 7 MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

L'Ipsec ne reçoit pas directement vos décomptes sécurité sociale (NOEMIE) :

Sur votre demande expresse, les prestations peuvent être servies sur présentation des originaux des décomptes "papier" de la sécurité sociale et, 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 *originales* nécessaires détaillées ci-après.

**PIÈCES JUSTIFICATIVES** à fournir pour les actes énumérés dans le tableau frais de soins de santé ci-dessus et exprimant les prestations IPSEC. (pour plus d'informations appeler le n°Azur 0 810 811 322 prix d'un appel local).

<b>Soins nécessitant l'envoi de pièces justificatives</b>	<b>Pièces justificatives originales</b>
Prothèses dentaires, orthodontie, frais d'optique et appareillages	Facture originale détaillée et notification de Sécurité sociale en cas de refus (après demande d'entente préalable)
Soins dentaires en cas de dépassements d'honoraires	Facture originale détaillée
Hospitalisations	Facture originale frais de séjour de l'établissement (« facture 615 ») accompagnée de la facture d'honoraires acquittée
Naissance ou adoption d'un enfant de moins de 12 ans	Copie du livret de famille certifiée conforme par le salarié ou copie du jugement d'adoption plénière
Cure thermale	- Si vous avez payé le ticket modérateur : facture originale délivrée par l'établissement thermal ; - Pour les frais de transport et d'hébergement : - notification de refus CPAM originale ou décompte de prestations délivré par la CPAM, - factures originales de frais de transport et d'hébergement.

### **PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE**

Vous pouvez être dispensé de l'avance de vos frais d'hospitalisation dans les limites des prestations prévues à votre contrat.

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 (hôpital, clinique, maison de repos, sanatorium).

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 :

- les nom, prénom, date de naissance et numéro de sécurité sociale de la personne hospitalisée,
- les nom et adresse de l'établissement hospitalier,
- la date d'entrée et la nature de l'hospitalisation (chirurgicale, médicale, maternité, accouchement).

Il suffit de faire la demande :

☎ : n°Azur 0 810 811 322 (prix d'un appel local)

✉ : IPSEC – service des prises en charge – 16-18 place du général Catroux – 75848 Paris cedex 17

☎ : 01 56 21 18 95

## **II - PORTABILITE DES DROITS**

L'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008, révisé par l'avenant n°3 du 18 Mai 2009, instaure un dispositif dit de « portabilité des droits » de couverture complémentaire au bénéfice du salarié en cas de rupture de son contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par l'assurance chômage.

La portabilité bénéficie aux salariés des entreprises qui appartiennent à un secteur d'activité représenté par le MEDEF, la CGPME ou l'UPA et dont la cessation du contrat de travail (sauf faute lourde) intervient à compter du 15 octobre 2009. Les intéressés doivent en être informés au moment de la rupture du contrat.

Ces dispositions étaient déjà applicables depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009 aux entreprises adhérentes à une fédération patronale représentée au MEDEF, à la CGPME ou à l'UPA, ou adhérent directement à ces organisations patronales.

Ces dispositions s'appliquent à toutes les CCN relevant d'une activité représentée par le MEDEF, la CGPME ou l'UPA.

Les modalités d'application et les conditions de maintien de couverture en sont les suivantes :



## II – 1 CONDITIONS AU MAINTIEN DE L’AFFILIATION DE L’ANCIEN SALARIE

L’affiliation à l’adhésion et par conséquent les garanties dont bénéficiait effectivement le salarié (dénommé ci-après « le participant ») peuvent être maintenues en cas de rupture de son contrat de travail à condition que la rupture résulte d’un motif autre qu’une faute lourde et qu’elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d’assurance chômage.

- Renonciation du salarié au dispositif dit de « portabilité des droits »

**S’il entend renoncer à ce dispositif, l’ancien salarié doit formaliser par écrit à l’ancien employeur sa renonciation au maintien de ses garanties dans les 10 jours de la cessation de son contrat de travail.** Si le salarié bénéficie de deux régimes (Frais Médicaux et Prévoyance), la renonciation doit obligatoirement porter sur les deux.

- Maintien de l’affiliation

En l’absence de renonciation de l’ancien salarié dans les dix jours de la cessation de son contrat de travail, ce dispositif lui est automatiquement applicable.

Le maintien de l’affiliation est toutefois subordonné à l’envoi par l’entreprise adhérente à l’IPSEC (dénommée ci-après « l’Institution ») du formulaire « Déclaration de portabilité » type joint en annexe 1, dûment renseigné et signé, dans un délai de 20 jours à compter de la cessation du contrat de travail. **A défaut, l’affiliation du participant est résiliée de plein droit à la date de rupture du contrat de travail.**

## II – 2 EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION DE L’ANCIEN SALARIE

L’affiliation du participant est maintenue à compter du lendemain de la rupture du contrat de travail pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, sans pouvoir excéder neuf mois.

Sont assimilés au dernier contrat de travail, les contrats de travail successifs exécutés de façon continue chez l’entreprise adhérente.

En tout état de cause, l’affiliation du participant est résiliée de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d’assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d’une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes d’assurance chômage, de décès).
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après,
- en cas de non paiement de la part de cotisation du participant et/ou de l’entreprise adhérente,
- à la date de résiliation de l’adhésion souscrite par l’entreprise adhérente, quelle qu’en soit la cause.

## II - 3 OBLIGATIONS DECLARATIVES

**Le participant s’engage à fournir :**

- **dans les meilleurs délais, à l’entreprise adhérente le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d’assurance chômage,**
- **mensuellement, l’attestation de paiement des allocations Chômage, à l’entreprise adhérente ou à l’Institution si celle-ci lui adresse l’appel de cotisations lié au maintien de son affiliation.**

De même, il s’engage à l’informer de la cessation du versement des allocations Chômage survenant au cours de la période de maintien de couverture.

## II – 4 GARANTIES

Le participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail.

Le participant peut modifier ses garanties selon les modalités définies à la notice d’information (notamment en cas de régime à options, de modification de situation de famille).

Les évolutions des garanties de l’adhésion sont opposables au participant.



## II – 5 COTISATIONS

Les cotisations du participant bénéficiant du maintien de garanties sont appelées au taux ou montant applicable à la catégorie de salariés assurés au titre de l'adhésion, à laquelle appartenait le participant. Toute révision des cotisations de l'adhésion lui est également applicable.

Les cotisations sont appelées selon les modalités d'appel effectivement en vigueur au titre de l'adhésion.

**A défaut de paiement de la cotisation, l'affiliation est résiliée et le maintien des garanties cesse. L'Institution est libérée de toute obligation de couverture.** Il en est de même pour l'entreprise adhérente en cas de non-paiement par le participant de la part de cotisation lui incombant.

En cas de résiliation de l'affiliation du participant, l'institution remboursera la cotisation éventuellement trop versée à l'entreprise adhérente ou au participant, qui lui aura versé la cotisation correspondante.

## III - ARTICULATION POUR LES EX SALARIES LICENCIÉS DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI EVIN AVEC L'ARTICLE 14 DE L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL (PORTABILITE ANI)

- L'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite Loi EVIN, visant l'aménagement de garanties Frais de Santé proposé par l'Institution à différents bénéficiaires anciens salariés, stipule que le bénéficiaire ex salarié licencié peut demander le maintien des garanties Frais de Santé dans un délai de six mois à compter de la rupture de son contrat de travail ; la garantie prenant effet le lendemain de la demande.

Ces dispositions prévoient que l'ancien salarié licencié qui perçoit des allocation de chômage, a la possibilité, s'il le souhaite, de conserver le bénéfice des garanties Frais de Santé, à charge pour lui de verser l'intégralité de la cotisation (parts patronale et salariale) à l'IPSEC.

- L'article 14 de l'ANI modifié par l'avenant n°3 du 18 Mai 2009 et dont les modalités d'application sont à la charge de l'employeur, implique le maintien temporaire des garanties santé et/ou prévoyance de l'ex salarié licencié bénéficiant des allocations chômage dans le contrat groupe des salariés actifs.  
Le point de départ de la portabilité est fixé à la date de cessation du contrat de travail, c'est-à-dire au lendemain du dernier jour d'effet du contrat (fin de préavis s'il en existe un).  
La durée de portabilité sera égale à la durée du contrat de travail, dans la limite de neuf mois.
- Le maintien des garanties Santé, dans le cadre légal de l'article 4 de la loi Evin, prend la suite de la conservation des garanties prévoyance / santé prévu par l'article 14 de l'ANI (portabilité). L'ex salarié qui souhaite en bénéficier se voit accorder un délai supplémentaire de 3 mois et en tout état de cause doit adresser une demande à l'IPSEC au plus tard au terme du 9<sup>ème</sup> mois suivant la cessation de son contrat de travail.

## IV - PRESTATIONS.

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 :**

- la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale,
- la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non-respect, par le participant ou le bénéficiaire, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- la part de majoration de participation prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (*non prise en charge de la majoration du ticket modérateur*) résultant du non-respect, par le participant ou le bénéficiaire, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- la part d'honoraires des actes et prestations pour lesquels le participant ou le bénéficiaire n'a pas autorisé le professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel (et/ ou à le compléter), et au delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,

- 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 (*embauche – promotion*) et la date de sortie (*démission – licenciement - retraite*) ; 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.