

REGIME FRAIS DE SANTE - GROUPE SANOFI AVENTIS

NOTICE D'INFORMATION



Votre entreprise a choisi de vous faire bénéficier des avantages d'un contrat d'assurance obligatoire collective.

Cette notice d'information est destinée à vous informer sur vos prestations Frais de Santé.

Les remboursements sont complémentaires aux prestations de la Sécurité sociale effectuées au titre de l'assurance maladie et maternité (sous réserve des risques exclus) et aux prestations du Régime Professionnel Conventionnel (RPC) pour les personnes pouvant en bénéficier.

1er juillet 2007

L'ensemble du personnel inscrit à l'effectif de l'une des sociétés du Groupe sanofi-aventis dont la liste est annexée à l'accord collectif signé le 9 mai 2007, relevant d'un régime de Sécurité sociale français, **est affilié obligatoirement** à compter du 1er juillet 2007 au contrat Frais de Santé souscrit par le Groupe sanofi-aventis, y compris les salariés dont le contrat de travail est suspendu dans le cadre suivant :

- en congé «sans solde d'une durée prévisible inférieure ou égale à 6 mois»,
- en congé «épargne temps»,
- en congé «fin de carrière» dans le cadre de l'accord du 8 septembre 2005,
- à temps partiel, réduit ou convenu.

Est aussi affilié obligatoirement, le personnel :

- **en préretraite progressive,**
- **en préretraite "entreprise" ,**
- **détaché ou expatrié,** pour les soins effectués sur le territoire français et sous réserve d'être affilié au régime obligatoire français de la Sécurité sociale Française dans le cas d'un détachement ou à la Caisse des Français de l'Étranger dans le cas d'une expatriation,
- **appartenant à une entreprise non française du Groupe sanofi-aventis** et venant travailler sur le territoire français sous réserve d'être affilié au régime général de la Sécurité sociale Française ou d'un régime étranger assimilé à ce dernier,
- **appartenant à un régime de Sécurité sociale d'un état membre de l'Union Economique Européenne** et ne pouvant bénéficier dans cet état membre d'un régime professionnel de même nature ; les prestations versées au titre du présent contrat seront ajustées en fonction du régime de base de Sécurité sociale de l'état membre.

SOMMAIRE

● VOTRE COMPLEMENTAIRE SANTE

- 1 • Les personnes couvertes par le régime complémentaire des frais de santé ___ page 2
 - 1.1 Les conditions d'affiliation page 2
 - 1.2 Les bénéficiaires page 2
- 2 • Les prestations _____ page 4
 - 2.1 Les garanties prévues par le contrat page 4
 - 2.2 Les modalités de remboursement page 6

- DISPOSITIONS GENERALES pages 8 et 9



+ 1 • LES PERSONNES COUVERTES PAR LE REGIME COMPLEMENTAIRE DES FRAIS DE SANTE

1.1 • Les conditions d'affiliation

L'affiliation est effective :

- . au 1er juillet 2007* pour chaque salarié du Groupe sanofi-aventis bénéficiaire à ce titre d'un contrat collectif de frais de santé antérieur,
- . ou à la date d'embauche du salarié si celle-ci est postérieure, sans délai d'attente.

La couverture concerne le salarié lui-même, mais aussi sa famille (y compris son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, non à charge et bénéficiaire à titre personnel de la Sécurité sociale).

Chaque nouvel embauché remplit et signe une Déclaration d'Affiliation lors de son entrée en fonction.

Chaque salarié doit fournir à SAPIA Gestion toute déclaration et justification nécessaires. La qualité de participant lui est alors acquise.

* Les salariés sanofi-pasteur bénéficieront du régime à compter du 1er janvier 2008.

Cas particulier des participants en congé rémunéré* au 1er juillet 2007

Les participants se trouvant en congé rémunéré sont couverts pendant toute la durée de l'indemnisation. Si la période ainsi définie est suivie d'une période de congé sans solde, le personnel reste garanti selon les dispositions prévues pour le personnel en congé sans solde d'une durée prévisible d'au plus 6 mois à compter de l'arrêt de l'indemnisation. A l'issue de cette période, pour conserver le bénéfice de prestations identiques, le participant devra souscrire une adhésion individuelle et régler la cotisation correspondante.

Si, à l'issue du congé total, le participant reprend le travail ou est en incapacité de travail, ou en invalidité, pour maladie ou accident, il sera à nouveau garanti à titre obligatoire par le présent contrat, dès le terme prévu de son congé.

* Exemple de congé rémunéré : congé pris au titre d'un compte épargne temps.

Participants en congé sans solde d'une durée prévisible inférieure ou égale à 6 mois

Le personnel en congé sans solde d'une durée prévisible d'au plus 6 mois est couvert pour la période des 6 premiers mois à compter de sa date de congé. S'il renouvelle la durée de son congé sans solde, pour conserver le bénéfice de prestations identiques, le participant devra souscrire une adhésion individuelle et régler la cotisation correspondante.

Si, à l'issue du congé total, le participant reprend le travail ou est en incapacité de travail, ou en invalidité, pour maladie ou accident, il sera à nouveau garanti à titre obligatoire, dès le terme prévu de son congé.

1.2 • Les bénéficiaires

→ Le participant affilié au contrat,

→ Son conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin (même bénéficiaire à titre personnel des prestations de la Sécurité sociale),

ATTENTION : Les conjoints, partenaires liés par un PACS ou concubins bénéficiant aussi d'une couverture complémentaire frais de santé s'engagent formellement à ne faire intervenir SAPIA Gestion qu'en second rang, après avoir fait intervenir leur propre garantie frais de santé.

→ Leurs enfants à charge tels que définis ci-dessous.

Est considéré comme enfant à charge, l'enfant à la charge du participant, de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin (dans le cas où le conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin bénéficie d'un régime frais médicaux pour l'enfant, la garantie n'intervient que pour un éventuel complément) :

- L'enfant de moins de 21 ans immatriculé sous le numéro de Sécurité sociale de l'un de ses parents
- Jusqu'au 31 décembre de l'année où se situe le 28ème anniversaire, l'enfant :
 - marié ou non
 - disposant ou non de ressources personnelles sous réserve :
 - qu'il soit considéré par l'administration fiscale comme étant à la charge du participant, de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin,
 - ou qu'il perçoive une rémunération inférieure ou égale à 80% du SMIC en vigueur,
 - ou bénéficiant d'une pension alimentaire du participant, de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, figurant sur l'avis d'imposition de l'un des parents,
 - ou non à charge au sens fiscal, mais personnellement non imposable.

- ➔ Et poursuivant ses études en France ou à l'étranger, en étant :
 - soit lycéen,
 - soit régulièrement inscrit au régime de Sécurité sociale des étudiants ou à la CFE pour la garantie ouverte aux étudiants,
 - soit préparant à l'étranger un diplôme dans un établissement qui, en France, ouvrirait droit à l'inscription de l'étudiant à un régime de Sécurité sociale,
 - soit préparant un diplôme à l'étranger par l'intermédiaire du CNED reconnu par l'éducation nationale ou le ministère du travail.
- ➔ Est également bénéficiaire s'il remplit les conditions définies ci-dessus :
 - L'enfant (définition ci-dessus) inscrit sous son propre numéro de Sécurité sociale et se trouvant sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation, s'il ne bénéficie pas d'une garantie frais de santé ailleurs, sous réserve qu'il perçoive une rémunération inférieure ou égale à 80 % du SMIC en vigueur,
 - L'enfant (définition ci-dessus) ayant terminé ses études et inscrit à l'ASSEDIC à la recherche d'un emploi, au plus tard au 31 décembre où se situe le 28ème anniversaire et dans la limite d'une durée de 12 mois (sous réserve qu'il justifie d'une inscription à l'ASSEDIC et ne perçoive pas une allocation supérieure à 80 % du SMIC),
 - L'enfant de plus de 21 ans en situation d'interruption provisoire de ses études pour raisons de santé (cette situation devant être justifiée par un certificat médical),
 - L'enfant (définition ci-dessus) atteint d'une infirmité ou d'une maladie chronique le mettant dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité rémunérée (cette situation devant être justifiée par un certificat médical),
 - L'enfant (définition ci-dessus mais sans limite d'âge) atteint d'une infirmité permanente et titulaire de la carte d'invalidité d'un taux supérieur ou égal à 80% ou dont l'état nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, à condition que l'invalidé ne soit pas titulaire d'une pension au titre de la Sécurité sociale ou d'un régime de Prévoyance,
 - L'enfant (définition ci-dessus mais sans limite d'âge) percevant les allocations prévues par la loi du 30/06/1975 sur les adultes handicapés et ayant ou non une activité rémunérée lui procurant des revenus inférieurs ou égaux à 80 % du SMIC en vigueur,
 - L'enfant, au retour de la période de Service National Volontaire est maintenu :
 - jusqu'au 31 décembre de l'année où se situe le 28ème anniversaire s'il reprend ses études,
 - dans la limite d'une durée de 12 mois, s'il est à la recherche d'un emploi (sous réserve de justifier d'une inscription à l'ASSEDIC et de ne pas percevoir une allocation supérieure à 80% du SMIC).
 La journée de préparation à la Défense n'interrompt pas la garantie au titre du présent contrat,
 - L'enfant orphelin de père et de mère, jusqu'au 31 décembre de l'année où se situe le 28ème anniversaire s'il poursuit ses études, dont un des deux parents, ancien salarié de la société, serait décédé.

Sont aussi considérés comme personne à charge :

- ➔ le pupille (enfant orphelin de père et de mère ou pupille ayant un tuteur légalement désigné) dont le tuteur est le participant et répondant à la définition des enfants à charge ci-dessus,
- ➔ l'ascendant du participant, de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, à charge au sens de la Sécurité sociale.

Justificatifs à fournir pour l'inscription des bénéficiaires

Le participant doit adresser à SAPIA Gestion :

- pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro d'assuré social, une copie de l'attestation Sécurité sociale,
- pour le partenaire lié par un PACS, la copie de l'attestation d'engagement délivrée par le Tribunal d'Instance ,
- pour le concubin, une attestation sur l'honneur de concubinage accompagnée d'un justificatif de domicile (bail, quittance...) au nom de chaque concubin ou aux deux noms,
- pour les enfants à charge de plus de 16 ans, un justificatif approprié (certificat de scolarité, d'apprentissage, carte d'invalidité, certificat médical...).

Chaque année, en septembre/octobre, le participant doit faire parvenir un nouveau justificatif pour que les enfants à charge de plus de 16 ans continuent à être couverts.

- pour les autres personnes à charge, un justificatif approprié.

+ 2 • Les prestations

2.1 • Les garanties prévues par le contrat

Nos remboursements s'ajoutent à ceux de la Sécurité sociale effectués au titre de l'assurance maladie et maternité. Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent cependant donner lieu à un remboursement. **Le total des remboursements ne peut dépasser les frais réellement engagés.**

Les garanties mentionnées ci-dessous intègrent celles du RPC pour les personnes pouvant en bénéficier.

FR = Frais Réels - BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale - MR = Montant Remboursé par la Sécurité sociale - MR Théorique : si pas de prise en charge par la Sécurité sociale

Hospitalisation	HOSPITALISATION Y compris la maternité	
	Conventionné	100% des [FR limités à 600% de la BR] - MR
	Non conventionné	100% des [FR limités à 400% de la BR] - MR
	HONORAIRES CHIRURGICAUX y compris en médecine ambulatoire et en maternité	
	Conventionné	100% des [FR limités à 600% de la BR] - MR
	Non conventionné	100% des [FR limités à 400% de la BR] - MR
	FORFAIT JOURNALIER (dès le 1er jour - y compris les moyens séjours et la maternité)	100% du forfait journalier
	CHAMBRE PARTICULIERE (supplément) y compris pour la maternité	100% des FR limités à 4% du PMSS par jour
	LIT ACCOMPAGNANT (enfant jusqu'à 16 ans)	100% des FR limités à 2% du PMSS par jour
	TRANSPORT Accepté par la Sécurité sociale	100% des [FR limités à 100% de la BR] - MR
Soins courants	CONSULTATIONS / VISITES Généraliste	
	Conventionné	100% des [FR limités à 175% de la BR] - MR
	Non conventionné	90% des [FR limités à 200% de la BR] - MR
	Spécialiste	
	Conventionné	100% des [FR limités à 250% de la BR] - MR
	Non conventionné	90% des [FR limités à 275% de la BR] - MR
	ANALYSES	100% des [FR limités à 100% de la BR] - MR
	SOINS INFIRMIERS	100% des [FR limités à 100% de la BR] - MR
	KINESITHERAPEUTE	100% des [FR limités à 100% de la BR] - MR
	MAJORATIONS jours fériés, nuit, déplacement (des médecins et auxiliaires médicaux)	mêmes conditions que la prestation principale
RADIOLOGIE Conventionné	100% des [FR limités à 100% de la BR] - MR	
DENSITOMETRIE (Concerne l'ostéoporose)	100% des FR limités à 4% du PMSS	
PHARMACIE		
A 65 %	100% du ticket modérateur	
A 35 %	100% du ticket modérateur	
A 15 %	100% du ticket modérateur	
Vaccins prescrits remboursés par la SS ou non	100% des FR - MR (s'il y a lieu)	
Substituts nicotiniques, dispositions de l'Assurance Maladie sur l'arrêt du tabac à effet du 1er février 2007, sur prescription médicale, par an et par bénéficiaire	50% des [FR limités à 14% du PMSS par an] - MR	

	SOINS DENTAIRES Conventionné ou non	100% des [FR limités à 100% de la BR] - MR
Dentaire	PROTHESES DENTAIRES Prises en charge par la SS	100% des [FR limités à 420% (ou 500%*) de la BR] - MR
	Non prises en charge par la SS	100% des [FR limités à 420% (ou 500%*) de la BR] - MR Théorique
	Implant (par dent)	100% des [FR limités à 375% (ou 500%*) de la BR d'une «couronne»] - MR Théorique
	Parodontie (traitement des gencives)	100% des FR limités à 7% du PMSS par an
	Onlay	100% des FR limités à 400% (ou 500%*) de la BR
	Autres hors nomenclature	néant * si présentation d'un devis préalable
	ORTHODONTIE Prise en charge par la SS	100% des [FR limités à 420% de la BR] - MR
	Non prise en charge par la SS	100% des [FR limités à 420% de la BR] - MR Théorique
	OPTIQUE <i>[Présentation du devis]</i> Monture maxi : 1 par an/par bénéficiaire	100% des FR limités à 6% du PMSS
Optique	Verres ou lentilles prises en charge par verre/par lentille	100% des [FR limités à 26 fois la BR ou si + favorable 5,5 % du PMSS] - MR
	Lentilles non prises en charge ou jetables	maxi : 7% du PMSS par an et par bénéficiaire
	KERATECTOMIE	10% du PMSS par œil
Cures	CURES Soins acceptés par la SS	comme frais médicaux
	Hébergement pris en charge ou non	0,5% du PMSS par jour dans la limite de 21 jours
	MATERNITE	Prise en charge au même titre que la maladie
Appareillage	PROTHESES AUDITIVES (par appareil) Enfant < 16 ans (2 appareils)	100% des [FR limités à 250% de la BR] - MR (par appareil)
	Adulte (1er appareil)	100% des [FR limités à 64% du PMSS] - MR
	Adulte (2ème appareil)	100% des [FR limités à 64% du PMSS] - MR Théorique
	APPAREILLAGE toutes catégories	100% des [FR limités à 200% de la BR] - MR
Prévention	ACTES DE PREVENTION (arrêté du 8 juin 2006)	100% des [FR limités à 100% de la BR] - MR
	<ul style="list-style-type: none"> • Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sur 1ère et 2ème molaires avant le 14ème anniversaire • Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les assurés âgés de plus de 50 ans 	

FR = Frais Réels - BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale - MR = Montant Remboursé par la Sécurité sociale - MR Théorique : si pas de prise en charge par la Sécurité sociale

TIERS PAYANT	<ul style="list-style-type: none"> - Frais Pharmaceutiques - Frais d'Analyse et de laboratoire* - Radiologie*
---------------------	--

(*) dans la limite du ticket modérateur et selon les dispositions des conventions passées avec les professionnels de la santé

» Cas particulier

Les soins engagés hors de France

Les dépenses de soins exposées hors de France par les participants sont remboursées à hauteur des garanties prévues dans le tableau des garanties, sous réserve de la production des justificatifs des frais réellement engagés.

Dans le cas où le Régime français de Sécurité sociale ne prendrait pas en charge le remboursement des dépenses de soins (ou partiellement) les garanties seront exprimées en complément d'une prestation de base fictive définie par équivalence aux prestations en nature des branches maladie, maternité, accident du travail et maladie professionnelle du Régime Général de la Sécurité sociale française.



Les mots pour se comprendre

Nomenclature :

Liste codifiée des produits et actes donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale au titre des prestations en nature.

Base de Remboursement (BR) :

Assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR) :

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

Ticket Modérateur (TM) :

Part des frais de santé non remboursée par la Sécurité sociale égale à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) :

Plafond servant de base à la Sécurité sociale pour le calcul de ses cotisations et de ses prestations.

Valeur mensuelle au 1er janvier 2007 = 2 682 euros.

2.2 • Les modalités de remboursement

2-2.1 Le délai de règlement des prestations

Les remboursements sont effectués dans les 48 heures (hors délais de poste et bancaires) qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises. Ce délai est donné à titre indicatif. Ils sont versés par virement sur le compte bancaire ou postal du participant, pour les personnes bénéficiant de la télétransmission Noémie.

2-2.2 La prise en charge hospitalière en établissement conventionné

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, une prise en charge administrative est délivrée, sur simple demande de la part du participant ou de la part de l'établissement hospitalier. A l'exception des frais personnels, cette prise en charge dispense de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du Contrat. A défaut de prise en charge, le participant doit régler son séjour hospitalier à l'établissement et adresser la facture originale (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement ...) à SAPIA Gestion pour être remboursé.

Pour les établissements non conventionnés aucune prise en charge n'est prévue, le participant doit régler son séjour hospitalier à l'établissement et, pour être remboursé, adresser à SAPIA Gestion la facture originale (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement ...) ainsi que le décompte original de la Sécurité sociale ou le décompte original de prestations de l'organisme complémentaire pour les conjoints, partenaires liés par un PACS ou concubins bénéficiant d'une couverture frais de santé.

Pour obtenir une prise en charge, il suffit de transmettre par téléphone ou par courrier, les informations suivantes :

- Adresse du centre hospitalier,
- Date d'entrée dans le centre hospitalier,
- Nom, prénom et numéro de Sécurité sociale de l'assuré,
- Nom, prénom et numéro de Sécurité sociale de la personne hospitalisée.

2-2.3 Le remboursement des soins courants

La procédure Noémie

Pour accélérer les remboursements, le participant bénéficie automatiquement de la procédure Noémie (télétransmission directe avec les CPAM et remboursement par virement bancaire). Grâce à l'utilisation de la carte Vitale auprès des professionnels de santé, il n'y a plus aucune démarche à effectuer vis-à-vis de la CPAM ou de l'organisme complémentaire. Pour permettre l'enregistrement du régime complémentaire de frais de santé dans le système Noémie, le participant doit nous adresser la photocopie de l'attestation Vitale pour lui-même et ses bénéficiaires ainsi qu'un relevé d'identité bancaire.

Un message figurant sur chaque décompte de remboursement provenant de la CPAM confirme que les transmissions des données à SAPIA Gestion ont bien eu lieu. Si un des bénéficiaires ne peut bénéficier de Noémie (étudiants ou régimes spéciaux tels que SNCF, mines... ; conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS ayant sa propre mutuelle) ou si le participant refuse cette procédure, le décompte de remboursement Sécurité sociale ainsi que les éventuelles factures doivent nous être adressés.

Les bénéficiaires ayant un autre régime frais de santé, doivent nous envoyer l'original du décompte de prestation de la première mutuelle accompagné des éventuelles factures.



Attention :

C'est la date de l'exécution de l'acte qui est prise en compte et non celle de l'ordonnance, de la prescription ou de la demande de prise en charge Sécurité sociale.



2-2.4 Le service IDECLAIR

SAPIA Gestion met à la disposition du participant des formulaires de devis optique (monture, verres et lentilles prises en charge par la Sécurité sociale) et dentaire (prothèses, orthodontie), à faire compléter par les professionnels de santé. Cette procédure permet, avant l'engagement des frais, de connaître le montant pris en charge par le régime frais de santé et d'obtenir des conseils sur les devis établis.

Dans le cas où le devis est conforme à la bonne utilisation de la nomenclature et aux prix habituellement constatés par SAPIA Gestion pour le même type d'acte, le règlement de la part complémentaire sera directement adressé au praticien, sous réserve de l'accord de ce dernier.

Pour les frais de prothèses dentaires, l'utilisation du devis IDECLAIR au préalable, procure au participant un remboursement de la part complémentaire plus avantageux (voir tableau des garanties).

Ces formulaires sont disponibles auprès de SAPIA Gestion, de votre RH ou sur intranet is@.

2-2.5 Le fonds de solidarité

Si vous rencontrez des difficultés financières liées à des dépenses de santé de caractère exceptionnel ou un handicap entraînant des frais importants, vous pouvez solliciter l'aide du fonds social. Pour cela, envoyez à SAPIA Gestion un courrier expliquant votre situation ou adressez-vous à l'assistante sociale, à votre interlocuteur RH ou à défaut, au correspondant protection sociale de votre établissement.



Date d'envoi des dossiers :

Pour être indemnisé, le participant ou le bénéficiaire doit faire parvenir ses demandes de prestations accompagnées des justificatifs dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins mentionnés sur le décompte Sécurité sociale. Passé ce délai, le participant sera déchu de ses droits si les organismes assureurs prouvent avoir subi un préjudice du fait de la déclaration tardive.

Les justificatifs à fournir pour les demandes de remboursement

	Bénéficiaire NOEMIE	Non bénéficiaire NOEMIE
<p>Soins courants (consultation, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante ...)</p> <p>En cas de Tiers Payant avec la Sécurité sociale mais sans Tiers Payant avec SAPIA Gestion : Facture acquittée du Ticket Modérateur.</p>	Aucun document	Décompte original de la Sécurité sociale*
Optique	Facture détaillée Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale* Facture détaillée Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
<p>Prothèses dentaires** Orthodontie prises en charge par la Sécurité sociale</p>	Facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale. Ce document pourra être soumis au chirurgien dentiste conseil des organismes assureurs	Décompte original de la Sécurité sociale* Facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale. Ce document pourra être soumis au chirurgien dentiste conseil des organismes assureurs
non prises en charge par la Sécurité sociale	Facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale. Ce document pourra être soumis au chirurgien dentiste conseil des organismes assureurs qui pourront être amenés à modifier ou refuser le montant pris en charge	Facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale. Ce document pourra être soumis au chirurgien dentiste conseil des organismes assureurs qui pourront être amenés à modifier ou refuser le montant pris en charge
Cure thermale	Facture acquittée du séjour	Décompte original de la Sécurité sociale* Facture acquittée du séjour

* ou le décompte original de prestations de l'organisme complémentaire pour les conjoints, partenaires liés par un PACS ou concubins bénéficiant d'une couverture Frais de Santé

** Le participant peut transmettre à SAPIA Gestion, pour avis préalable sur le montant de sa prestation, un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes pour améliorer le remboursement.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, les organismes assureurs ne sont redevables d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.



→ Cotisations

La répartition des cotisations entre l'entreprise et les participants est fixée par accord interne. L'entreprise est seule responsable du versement et du calcul des cotisations.

→ Fin de droits des participants

Le participant cesse de bénéficier des garanties :

- soit au terme de son contrat de travail notamment en cas de démission, licenciement ou de départ à la retraite.
- soit à la date de résiliation du contrat.

Toutefois certaines dispositions particulières définies ci-après sont prévues.

→ Maintien des garanties Frais de Santé :

Pour les salariés en arrêt de travail :

En l'absence de rupture du contrat de travail :

Les garanties Frais de Santé prévues sont maintenues au salarié en arrêt de travail pour maladie ou accident, moyennant le paiement de cotisations spécifiques.

En cas de rupture du contrat de travail :

Les garanties Frais de Santé sont maintenues pendant 9 mois, sans contrepartie de cotisations, pour le participant licencié, sous réserve :

- qu'il ait cotisé pendant au moins 6 mois de manière continue ou discontinue, au présent contrat au titre d'une ou plusieurs entreprises du groupe,
- qu'il se trouve en arrêt de travail pour maladie ou accident lors de la rupture de son contrat de travail, la période de maladie étant éventuellement suivie d'une période de chômage avec inscription comme demandeur d'emploi à l'ASSEDIC, avant la fin de la période de 9 mois.

Pour les autres catégories de participants :

Peuvent continuer à bénéficier des garanties frais de santé, sans contrepartie de cotisations :

- pendant une durée de 9 mois suivant le terme de leur contrat de travail : les participants licenciés, ayant cotisé au titre du présent contrat au moins 6 mois de manière continue ou discontinue, au titre d'une ou plusieurs entreprises, inscrits comme demandeurs d'emploi à l'ASSEDIC à la date des soins.
- pendant une durée maximale de 12 mois suivant le décès : le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin et les enfants à charge d'un participant décédé sous réserve qu'ils conservent le bénéfice des prestations Sécurité sociale sous le n° d'immatriculation du participant.

→ Maintien de garanties à titre individuel

Peuvent continuer à bénéficier d'une couverture pour le remboursement des dépenses de santé, moyennant paiement de cotisations spécifiques et adhésion individuelle expresse, les participants suivants :

- les anciens salariés du Groupe sanofi-aventis bénéficiai-

res d'une prestation d'incapacité ou d'invalidité, éventuellement à l'expiration de la période de maintien gratuit prévue ci-dessus, sous réserve d'en faire la demande pendant cette période,

- les anciens salariés du Groupe sanofi-aventis bénéficiaires d'une allocation de chômage, éventuellement à l'expiration de la période de maintien gratuit prévue ci-dessus, sous réserve d'en faire la demande pendant cette période,
- les anciens salariés du Groupe sanofi-aventis bénéficiaires d'une prestation de retraite, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la liquidation de leur retraite,
- les ayants droit des catégories d'anciens salariés du Groupe sanofi-aventis ci-dessus énumérées,
- les ayants droit du participant décédé, éventuellement au terme de la période de maintien gratuit mentionnée ci-avant, sous réserve d'en faire la demande pendant les 6 premiers mois de cette période,
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération ni indemnisation, pour une durée prévisible supérieure à 6 mois. Dans ce cas, leur adhésion facultative peut prendre effet dès le premier jour de leur congé et en tout état de cause elle doit intervenir dans les 3 mois qui suivent le début du congé,
- les salariés dont le contrat de travail était suspendu pour une durée prévisible inférieure ou égale à 6 mois mais dont le congé est renouvelé de telle sorte que la durée totale du congé excède désormais 6 mois (renouvellement inclus) ; ils bénéficient du présent contrat pendant les 6 premiers mois. Leur adhésion facultative ne peut prendre effet qu'au terme de ces 6 premiers mois et elle doit être sollicitée dans les 9 mois qui suivent le début de leur congé.

→ Relations clients - Réclamations

Pour tout renseignement ou réclamation, le participant a la possibilité de contacter SAPIA Gestion dont les coordonnées figurent en fin de notice.

→ Délai de prescription

Conformément aux dispositions prévues à l'article L 932-13 du Code de la Sécurité sociale, toutes actions dérivant du contrat doivent être engagées dans les deux ans de l'évènement qui y donne naissance.

→ Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation aux organismes assureurs dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées [Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985]

→ Risques Exclus

Ne sont pas pris en charge :

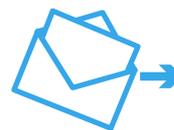
1. - les actes hors nomenclature,

- les médicaments ou actes non remboursés par la Sécurité sociale et notamment les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique. Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent cependant donner lieu à un remboursement dans les conditions prévues dans le tableau de prestations.

2. dans le cadre du respect du cahier des charges « contrat responsable »

- la participation forfaitaire mise à la charge du bénéficiaire par la Sécurité sociale pour les actes médicaux et consultations réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) ainsi que pour les actes de biologie médicale et de radiologie (Loi 2004-810 du 13.08.05 Article 57 III, V et VI),
- la majoration de la participation du bénéficiaire à ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le ou les cas où :
 - il n'a pas choisi son médecin traitant (article L162-5-3 alinéa 5 du code de la Sécurité sociale),
 - il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant, (article L162-5-3 alinéa 5 du Code de la Sécurité sociale),
 - il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour, (article L161-36-2 alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale),
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par le médecin spécialiste lorsque le bénéficiaire le consulte directement sans respecter le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques visé à l'article L162-5 18° du code de la Sécurité sociale.

Le fait que les organismes assureurs aient payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de leur part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.



suivre votre contrat

02 54 57 61 33

fax : 01 49 57 16 82
sapiagestion@apgis.fr

SAPIA Gestion

12 rue Massue
94684 VINCENNES CEDEX

www.sapiagestion.com

Vous pouvez consulter vos décomptes santé en ligne et trouver des informations utiles sur la gestion de votre contrat.

La garantie Frais de Santé gérée par **SAPIA Gestion** est assurée par APGIS et APRI Prévoyance (organismes assureurs), Institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale.