



RÉGIME COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
Ensemble du personnel actif

NOTICE D'INFORMATION

IMPORTANT

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),

reconnais avoir reçu une notice d'information sur les garanties du Régime Frais de santé
souscrites par :

l'Unédic - (Adhésion N° 166028)

auprès de Médéric Prévoyance, à effet du 1^{er} octobre 2005.

Fait à, le

Signature de l'assuré

Ce document est destiné à la mise à jour, au 1^{er} janvier 2008, de la présentation du Régime Frais de santé souscrit par :

l'Unédic (Adhésion N° 166028),

auprès de Médéric Prévoyance, à effet du 1^{er} octobre 2005, au bénéfice de l'Ensemble du Personnel Actif, des institutions du Régime d'assurance chômage.

Ces garanties sont souscrites dans un cadre collectif à adhésion obligatoire.

SOMMAIRE

	Page
INFORMATIONS IMPORTANTES	5
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	7
Article 1. OBJET DU CONTRAT	7
Article 2. ASSIETTE DES COTISATIONS	7
Article 3. BÉNÉFICIAIRES	7
Article 4. DROIT AUX PRESTATIONS	8
Article 5. PRISE D'EFFET, ÉTENDUE ET DURÉE DES GARANTIES	9
Article 6. DÉMISSION ET RADIATION	10
Article 7. PRESCRIPTION	11
Article 8. INFORMATION DES ASSURÉS	11
Article 9. ALLOCATIONS DE SOLIDARITÉ	11
Article 10. CONTRÔLE	11
Article 11. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	11
DISPOSITIONS PARTICULIÈRES	13
Article 12. LES PROCÉDURES DE GESTION ET LES MODALITÉS D’AFFILIATION ET DE COTISATIONS	13
Article 13. DESCRIPTIF DES PRESTATIONS – RÉGIME UAC / UA1 / UA2	16
Article 14. DESCRIPTIF DES PRESTATIONS – RÉGIME UDL / UD1 / UD2	17
Article 15. PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES	18
Article 16. MODALITÉS DE REMBOURSEMENT	18
ANNEXES*	21
Article 17. ACTION SOCIALE	21
Article 18. LES CONDITIONS D’AFFILIATION À UNE COUVERTURE INDIVIDUELLE PROPOSÉE PAR L’ASSUREUR	21
Article 19. PROCÉDURE VIAMÉDIS	23
Article 20. QUELQUES DÉFINITIONS UTILES	25
Article 21. ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE	25

INFORMATIONS IMPORTANTES

La réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 a mis en place une nouvelle organisation du système de soins. Celle-ci s'articule principalement autour du médecin traitant et a pour objectif de rétablir l'équilibre financier de la Sécurité sociale.

Le premier volet de cette réforme, visant à responsabiliser les organismes assureurs et les assurés sociaux, a instauré, à compter du 1^{er} janvier 2005, une contribution forfaitaire laissée à la charge de l'assuré.

Le décret n° 2005 - 1226 paru le 29 septembre 2005 a complété la définition du contrat responsable en précisant les conditions que devront respecter les contrats d'assurance complémentaire de santé pour être considérés comme « contrat responsable » afin de continuer à bénéficier de l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance et, pour les contrats collectifs obligatoires, de déductions fiscales et sociales.

Contrat responsable

Votre employeur a pris les dispositions pour inscrire le régime complémentaire maladie, souscrit auprès de Médéric Prévoyance, dans la démarche des « contrats responsables » au 1^{er} janvier 2006, afin de maintenir, au bénéfice des salariés, la défiscalisation de leur cotisation à ce régime complémentaire frais de santé.

Nous avons donc procédé à la mise à jour de vos garanties santé et pris acte des obligations légales :

- **Non prise en charge de la majoration de la participation de l'assuré** en cas de consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins et/ou en cas de refus du droit d'accès au Dossier Médical Personnalisé.
- **Non prise en charge des dépassements d'honoraires** pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte hors parcours de

soins, et ce, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

- **Non prise en charge de la participation forfaitaire de 1 euro** (plafonnée à 4 euros par jour lorsque plusieurs actes en consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée). Cette participation est limitée à 50 euros par an.
- **Non prise en charge des franchises appliquées** à compter du 1^{er} janvier 2008, **sur les médicaments et les actes paramédicaux** (0,50 € par boîte et par acte ; ainsi que les actes de transports 2 €).
- **Prise en charge au niveau du ticket modérateur, à compter du 1^{er} juillet 2006, de la participation des assurés, pour deux actions de prévention**, par référence à l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code (JO du 18 juin 2006) :
 - un détartrage annuel complet sus et sous-gingival (2 séances maximum) ;
 - un dépistage des troubles de l'audition par audiométrie tonale avec tympanométrie chez une personne de plus de 50 ans (tous les 5 ans).

Mise en place du parcours de soins Ce qui a changé au 1^{er} janvier 2006

Le parcours de soins concerne les personnes âgées de 16 ans et plus.

Respecter le parcours de soins

C'est d'abord avoir désigné un médecin traitant auprès de votre CPAM qui vous oriente, si nécessaire, vers un médecin correspondant pour un suivi régulier ou un avis ponctuel.

Conséquences

Dans le cadre du respect de parcours de soins, le remboursement Sécurité sociale est inchangé

et votre complémentaire santé prend en charge les dépassements d'honoraires à concurrence des garanties prévues dans votre contrat. Il reste à votre charge la contribution forfaitaire d'1 euro sur les soins médicaux courants, appliqués depuis le 1^{er} janvier 2005 (voire 4 euros pour les actes répétés, comme précisé précédemment).

Cette contribution ne peut être prise en charge par votre complémentaire santé.

Ne pas respecter le parcours de soins

C'est consulter un médecin sans passer par votre médecin traitant ou n'avoir pas désigné de médecin traitant.

Conséquences

Des pénalités financières sur les consultations et actes médicaux vous seront appliquées par la Sécurité sociale : baisse du remboursement de

la Sécurité sociale dans la limite de 2,5 euros maximum par acte.

Il est laissé à votre charge la pénalité de 8 euros(*) de dépassement d'honoraires du médecin spécialiste.

Ces pénalités financières ne seront pas prises en charge par votre complémentaire santé.

La contribution forfaitaire de 1 euro (voire 4 euros pour les actes répétés, comme précisé précédemment) reste bien entendu à votre charge.

Nous vous invitons à vous reporter à votre relevé de remboursement de la Sécurité sociale pour de plus amples précisions.

Il n'y a pas d'obligation de passer par son médecin traitant en cas d'urgence, ou « lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus ».

(*) Les exceptions au parcours de soins :

- enfants de moins de 16 ans
- urgences
- prescription d'un médecin militaire
- consultations hospitalières tabac / alcool / toxicomanie
- soins réalisés dans le cadre d'un protocole ALD (affection de longue durée)
- séquence de soins réalisés par plusieurs médecins
- spécialités en accès spécifique : gynéco / obstétrique / ophtalmologie / psychiatrie, neuropsychiatrie (pour les assurés de moins de 26 ans.)
- accident du travail - maladie professionnelle
- assurance maternité
- médecins récemment installés
- CMU complémentaire
- indisponibilité du médecin traitant, permanence des soins
- éloignement du lieu de résidence habituelle
- soins itératifs par le médecin correspondant avec le plan de soins.

(*) 12 euros pour les neuropsychiatres et 12,27 euros pour les cardiologues.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

● ARTICLE 1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de compléter les prestations versées par les organismes d'assurance maladie obligatoires en remboursement des frais de santé engagés par l'assuré et ses ayants droit tels qu'ils sont définis à l'article 3. du présent document.

Ces frais doivent être engagés en France métropolitaine ou dans les départements ou territoires d'outre mer, ou dans les pays pour lesquels les organismes d'assurance maladie obligatoires français acceptent d'accorder des prestations au titre des médecins, chirurgiens, dentistes, sages femmes et auxiliaires médicaux.

S'agissant des soins dispensés hors de France, les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires, pourront, s'il y a lieu et après avis du médecin conseil de Médéric Prévoyance, être plafonnées à hauteur du prix pratiqué normalement en France pour des actes et des soins équivalents, et ce malgré la prise en charge par la Sécurité sociale sur la base de son tarif de responsabilité.

Par ailleurs, dans le cadre de l'application de la nouvelle classification des actes médicaux (CCAM), et la mise en place de la tarification à l'activité (TAA), les différentes modifications qui seront progressivement apportées au tarif de convention de la Sécurité sociale entraîneront un ajustement de l'expression des garanties.

Par ailleurs, le contrat prévoit également des services accordés en complément des garanties souscrites (*cf. annexes*), tel qu' :

- une action sociale ;
- une garantie frais de santé qui propose des garanties spécifiques et adaptées à la situation de chaque assuré, ne pouvant plus bénéficier des dispositions générales et particulières du présent document ;
- un accès à un service relation client dédié.

● ARTICLE 2. ASSIETTE DES COTISATIONS

Les cotisations sont appelées sous forme d'un forfait mensuel, non proratisable en euros, et exprimé :

- par assuré seul + ayants droit à charge (s'il y a lieu) ;
- par conjoint non à charge ;
- par famille ;

en fonction de la catégorie concernée.

Pour l'assuré inscrit après le premier jour ouvrable du mois, la cotisation forfaitaire mensuelle n'est pas due, mais l'assuré est couvert dès sa date d'affiliation.

Pour l'assuré radié en cours de mois, la cotisation forfaitaire mensuelle est due en totalité et l'assuré est couvert jusqu'à la fin du mois en cours.

● ARTICLE 3. BÉNÉFICIAIRES

En fonction du mode de cotisation choisi, les prestations sont accordées :

- À l'assuré ;
- Au conjoint de l'assuré ;

- À la personne ayant conclu avec l'assuré célibataire, divorcé ou veuf un pacte civil de solidarité, régi par les articles 515.1. à 515.7. et 506.1. du Code civil (*) ;
- Au concubin d'un assuré célibataire, divorcé ou veuf, sur présentation d'une attestation sur l'honneur de vie maritale (**) ;
- Aux enfants de moins de 21 ans :
 - considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale au titre de l'assuré, de son conjoint ou de son concubin, ou de la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité ;
 - exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du SMIC brut.

Cette limite d'âge est prorogée jusqu'au 28^e anniversaire pour :

- les enfants reconnus, par les instances compétentes et sous le contrôle du service médical de Médéric Prévoyance, atteints d'un handicap les empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice,
- les enfants à charge de l'assuré qui poursuivent leurs études et qui soit bénéficient du régime des étudiants en application de l'article L. 381.3. du Code de la sécurité sociale, soit sont considérés par la Sécurité sociale comme ayants droit de l'assuré, de son conjoint, de son concubin, ou de la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité, au titre de l'article L. 161.14. du Code de la sécurité sociale,
- aux ascendants considérés par la Sécurité sociale comme ayants droit de l'assuré, de son conjoint, de son concubin, ou de la personne liée avec un assuré social par un pacte civil de solidarité.

● **ARTICLE 4. DROIT AUX PRESTATIONS**

Les prestations sont calculées acte par acte selon les barèmes définis aux articles 13. et 14., du présent document. Les sommes restant à charge du participant sont au minimum égales à la participation forfaitaire mentionnée à l'article L. 322.2. du Code de la sécurité sociale.

Dans le respect des critères fixés par décret en Conseil d'État conformément à l'article 57. de la loi du 13 août 2004, les majorations du Ticket Modérateur pour non respect du parcours médical et non communication du dossier médical, et plus généralement toutes les pénalités qui en découlent (Art. L. 162.5.3 et L. 161.36.2. du Code de la sécurité sociale) ne sont pas prises en charge par l'assureur, ainsi qu'il est précisé dans le présent document.

Le droit aux prestations est ouvert aux bénéficiaires tels que définis au présent document dès la date d'effet du contrat au régime complémentaire maladie de Médéric Prévoyance ou dès la date d'affiliation pour les assurés entrant dans l'effectif bénéficiaire du contrat ou d'inscription pour les ayants droit, si ces deux dernières dates sont postérieures à la date d'effet du contrat.

Les remboursements complémentaires de Médéric Prévoyance sont dus pour tous les soins dont la date de début figurant sur le décompte de la Sécurité sociale est postérieure ou simultanée à la date d'effet du contrat, ou à sa modification ou encore à l'affiliation de l'assuré.

Pour l'assuré et/ou ses ayants droit relevant du régime spécifique Alsace Moselle ou d'un régime de base dont la prise en charge est supérieure à celle du régime général des salariés de la Sécurité sociale, les remboursements sont accordés sur la base de leur régime d'appartenance.

(*) Définition du pacte civil de solidarité conclu entre l'assuré et un tiers :

La loi n° 99-944 du 15.11.1999 dispose que le pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe pour organiser la vie commune.

Eu égard à ce qui précède, Médéric Prévoyance retiendra, pour le bénéfice des prestations définies au présent document, les critères suivants :

- la conclusion d'une convention entre l'assuré et un tiers dans les conditions prévues par la loi du 15.11.1999 précité ;
- une déclaration fiscale commune.

() Définition du concubin :**

En vertu des dispositions de l'Article 515-8 du Code civil le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe qui vivent en couple.

Eu égard à ce qui précède, Médéric Prévoyance retiendra, pour le bénéfice des prestations définies au présent document, les critères suivants :

- la vie commune doit avoir été notoire et permanente pendant une durée d'au moins deux ans . Aucune durée n'est exigée si un enfant, reconnu par l'assuré, est né de cette union ;
- le concubin survivant doit, en se référant notamment à la pratique sociale et fiscale, apporter la preuve que ces conditions sont remplies et que l'assuré et lui-même n'étaient par ailleurs mariés ni l'un ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.

En cas de garantie de même nature contractée auprès d'un autre organisme assureur Médéric Prévoyance prend en compte les prestations versées par ce dernier. Le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en adressant à Médéric Prévoyance, le décompte adressé par l'autre organisme assureur.

Pour l'application des dispositions du précédent alinéa, les assurés sont tenus de faire connaître à Médéric Prévoyance le nom des autres organismes assureurs auprès desquels ils ont contracté des garanties de même nature.

En tout état de cause, les remboursements ou indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Par ailleurs, seules les dépenses déclarées à la Sécurité sociale non remboursables par elle ou ne répondant pas aux conditions d'ouverture de cette nomenclature, de nature exclusivement médicale, peuvent être retenues, à l'exclusion de celles liées à l'esthétique, au confort, et d'une façon générale à des actes ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale.

Médéric Prévoyance peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge. Si l'assuré refuse de se soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge.

En cas de contestation portant sur l'état de santé de l'assuré, celui-ci est apprécié par une commission constituée du médecin traitant, du médecin désigné par Médéric Prévoyance et d'un tiers médecin choisi d'un commun accord par ces deux médecins.

Lorsque l'assuré ou un ayant droit est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, Médéric Prévoyance dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

Cas particulier :

Les salariés de l'Unédic en couple cotisant tous deux en qualité de salarié ne pourront solliciter de double remboursement : à savoir demander un remboursement à leur nom, puis au nom de leur conjoint. Aucune prise en

charge additionnelle de Médéric Prévoyance n'est ouverte.

● ARTICLE 5. PRISE D'EFFET, ÉTENDUE ET DURÉE DES GARANTIES

● ● Article 5.1. Point de départ des garanties

Les garanties prennent effet, pour le souscripteur à la date de prise d'effet de son adhésion.

Les garanties prennent effet pour chaque assuré et ses ayants droit à la date d'affiliation de l'assuré et/ou à la date d'inscription de l'ayant droit telle qu'elle est prévue au présent document.

● ● Article 5.2. Suspension de la garantie

Les garanties prévues par le contrat sont suspendues en cas de périodes non rémunérées sauf si l'absence de rémunération résulte d'une maladie ou d'un accident du travail dûment reconnu par la Sécurité sociale ou dérogation stipulée aux conditions particulières du présent document.

Les dates de début et de fin de la période non rémunérée doivent être signalées à Médéric Prévoyance, à la diligence et sous la responsabilité du souscripteur, dans un délai de trente jours.

● ● Article 5.3. Fin de la garantie

Indépendamment de la suppression des garanties en raison de la résiliation du contrat du souscripteur, les garanties accordées par Médéric Prévoyance prennent fin le jour de la radiation de l'assuré demandée par le souscripteur et au plus tard à la fin du mois de l'événement générateur (sauf particularités concernant les assurés couverts par une cotisation forfaitaire).

● ● Article 5.4. Maintien de la garantie

1. Le régime complémentaire maladie peut, à la demande du souscripteur, être maintenu au personnel en suspension du contrat de travail suivant les dispositions exposées à l'article 12.2.2. du présent document.

2. En cas de décès de l'assuré, les ayants droit, au titre d'une couverture familiale (structure de cotisation : famille ou salarié + ayant(s) droit à charge au sens de la Sécurité sociale), bénéficient du maintien, sans contrepartie de cotisation, de leur couverture maladie pendant un an suivant le décès (de date à date).

3. Les assurés radiés qui au moment de leur radiation se trouvaient en état de maladie ou

d'invalidité reconnus par la Sécurité sociale, et qui bénéficient à ce titre d'allocations de la part de Médéric Prévoyance, conservent sans contrepartie de cotisation pour les risques consécutifs aux maladies constatées et dûment déclarées, le bénéfice du régime complémentaire maladie.

4. Le maintien du régime complémentaire maladie cesse à la date :

- à laquelle les prestations versées par Médéric Prévoyance au titre de l'incapacité de travail cessent d'être versées ;
- de reprise d'une activité professionnelle par l'assuré ;
- de liquidation de sa pension de vieillesse par la Sécurité sociale ;
- de la démission ou de la radiation du souscripteur, ou de la résiliation de l'assurance maladie.

5. Par ailleurs, peuvent adhérer à titre individuel, à un régime complémentaire maladie garantissant le remboursement des frais médicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident :

- les anciens salariés bénéficiaires d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité ou d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, qui étaient inscrits à l'assurance maladie de Médéric Prévoyance pendant leur période d'activité ;
- les assurés (anciens salariés membres de Médéric Prévoyance) en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat souscrit par leur employeur ;
- les personnes garanties du chef d'un assuré décédé qui était inscrit à l'assurance maladie de Médéric Prévoyance ;

La demande d'adhésion doit être présentée par toute personne intéressée :

- au titre des deux premiers points, dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou la résiliation ou le non renouvellement du contrat souscrit par l'employeur,
- pour ce qui concerne le dernier cas :
 - dans les trente jours suivant l'issue de la période de maintien gratuit du régime complémentaire maladie dont bénéficiaient les ayants droit à charge de l'assuré décédé ou couvert par un régime famille du fait de l'assuré décédé ;
 - dans les six mois suivant le décès de l'assuré pour les ayants droit ne bénéficiant pas du

maintien gratuit du régime complémentaire maladie défini par le présent document.

En tout état de cause, l'adhésion n'est soumise à aucune période probatoire ni aucun examen ou questionnaire médical.

La garantie prend effet au lendemain de la date de rupture du contrat de travail, ou du décès, ou du terme de la période de maintien gratuit de l'assurance maladie au bénéfice des ayants droit d'assurés décédés, ou de la date d'effet de la résiliation du contrat.

Le cas échéant, le régime complémentaire maladie visé au paragraphe 5 du présent article peut être souscrit auprès de tout autre organisme auprès duquel Médéric Prévoyance facilite l'adhésion.

● **ARTICLE 6. DÉMISSION ET RADIATION**

● ● **Article 6.1. Démission**

1. La démission du souscripteur doit faire l'objet d'une consultation selon les règles de forme respectivement prévues en cas de :

- dénonciation d'une convention ou d'un accord collectif,
- mise en cause du régime de prévoyance institué, soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise, et ce conformément aux dispositions du titre I du Livre IX du Code de la sécurité sociale.

Cette faculté de démission n'est pas offerte au souscripteur lorsque l'adhésion à Médéric Prévoyance résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

2. La démission doit être signifiée à Médéric Prévoyance par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la fin d'un exercice civil. La démission doit porter sur l'ensemble des risques assurés.

Emporte les mêmes effets qu'une démission la cessation d'activité du souscripteur ou le transfert de son exploitation à une entreprise non adhérente par suite notamment de fusion – absorption, cession, mise en location gérance, etc.

● ● **Article 6.2. Radiation**

Médéric Prévoyance peut procéder à la radiation du souscripteur :

- à chaque échéance annuelle par l'envoi d'une lettre recommandée au moins deux mois avant la fin d'un exercice civil. Cette radiation peut porter sur une partie ou l'ensemble des risques assurés auprès de Médéric Prévoyance ;
- en cas de non paiement des cotisations à leur échéance, dans les conditions et formes prévues au contrat ;

Le souscripteur a l'obligation d'en aviser chacun de ses salariés.

● **Article 6.3. Dispositions communes aux articles 6.1. et 6.2.**

La démission ou la radiation du souscripteur entraîne la suppression des garanties assurées par Médéric Prévoyance.

● **ARTICLE 7. PRESCRIPTION**

Toutes les actions dérivant des opérations de prévoyance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où Médéric Prévoyance 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 ignoré jusque là.

Quand l'action de l'adhérent, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre Médéric Prévoyance 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, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

● **ARTICLE 8. INFORMATION DES ASSURÉS**

L'employeur est tenu de remettre aux salariés concernés par le régime complémentaire maladie une notice d'information établie par Médéric Prévoyance, qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

● **ARTICLE 9. ALLOCATIONS DE SOLIDARITÉ**

Dans les cas particulièrement graves ou, par suite d'absence ou d'insuffisance de remboursement

de la Sécurité sociale des sommes importantes restent à la charge de l'assuré, celui-ci peut présenter une demande d'allocations de solidarité à une Commission dont les membres sont désignés par le Conseil d'Administration.

● **ARTICLE 10. CONTRÔLE**

L'assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout – 75009 Paris cedex 09.

● **ARTICLE 11. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS**

Il est rappelé aux participants que conformément à la loi « Informatique et libertés », ils peuvent obtenir communication et, le cas échéant, rectification de toute information les concernant sur les fichiers de leurs institutions.

Sauf opposition écrite de leur part, ces informations peuvent être communiquées aux organismes du Groupe Médéric et à ses partenaires, dont la liste leur sera transmise sur simple demande.

Les courriers sont à adresser au :

Groupe Médéric
Secrétariat général
21 rue Laffitte - 75317 Paris cedex 09
ou par courriel : sgil@mederic.fr.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

● **ARTICLE 12. LES PROCÉDURES DE GESTION ET LES MODALITÉS D’AFFILIATION ET DE COTISATIONS**

● ● **Article 12.1. Généralités**

Sont susceptibles de bénéficier de la couverture de l’assurance complémentaire maladie telle qu’elle est définie par le présent document les salariés, les anciens salariés du souscripteur et leurs ayants droit, adhérant à Médéric Prévoyance qui :

- se conforment aux dispositions exposées ci-après ;
- ont satisfait leurs obligations.

Le souscripteur au contrat doit fournir à Médéric Prévoyance une demande d’inscription au régime complémentaire maladie pour chacun des membres du personnel, dénommés les assurés principaux, bénéficiaires du contrat, dûment complétée et signée.

Cette demande d’affiliation est établie et éditée par Médéric Prévoyance.

Médéric Prévoyance s’engage à prendre toutes dispositions pour préserver la confidentialité des informations transmises.

Les mutations relatives aux assurés (embauches, changement de collègue bénéficiaire, départ, décès, etc.) doivent être signalées à Médéric Prévoyance, à la diligence et sous la responsabilité du souscripteur dans les trente jours suivant l’évènement.

● ● **Article 12.2. Les procédures d’inscription au régime complémentaire maladie**

La procédure de mise en gestion ci-après définie s’applique à l’ensemble des collègues définis au présent document, et à leurs conjoints et/ou à leurs enfants et/ou ascendants à charge.

Il est rappelé que le concubin ou la personne liée à l’assuré par un pacte civil de solidarité est assimilé à un conjoint.

● ● ● **Article 12.2.1. le salarié en activité**

Tout salarié en activité doit obligatoirement être affilié dès la date d’effet du contrat ou dès la date de son embauche si elle est postérieure à la date d’effet du contrat.

Une demande d’inscription au régime complémentaire maladie, accompagnée de l’ensemble des pièces justificatives, doit être adressée à Médéric Prévoyance. La situation de ses ayants droit sera gérée suivant les conditions définies à l’article 12.2.3. du présent document.

● ● ● **Article 12.2.2. le salarié en suspension du contrat de travail**

À la date d’effet du contrat, tout salarié relevant de ce collège, peut solliciter le bénéfice du régime complémentaire maladie.

Ce régime peut, à la demande du souscripteur, être maintenu au personnel en congé sans solde et ce, pour toute la durée du congé. La cotisation est alors exprimée en forfait, défini selon le mode de cotisation choisi lorsque l’assuré était en activité.

La cotisation est intégralement due par le souscripteur. Par ailleurs, le paiement de cette cotisation est effectué sous la responsabilité et à la diligence de ce dernier, dans les conditions définies au contrat.

La demande de maintien doit être communiquée par le souscripteur à l’assureur au plus tard dans les quinze jours suivants l’initialisation de la période de congé sans solde ; les dates de début et de fin doivent également être notifiées à l’assureur.

Cas particulier :

Les salariés de l'Unédic en couple cotisant tout deux en qualité de salarié, pourront en cas de situation de congé sans solde de l'un d'eux, demander le maintien du régime complémentaire maladie, dans les conditions définies ci-dessous en contrepartie du paiement de cotisations correspondant à celles d'un conjoint non à charge sans mutuelle (cf. article 12.2.3.).

● ● ● Article 12.2.3. Les ayants droit

L'inscription des ayants droit définis par l'article 3. du présent document est soumise aux conditions suivantes :

- L'inscription des ayants droit du salarié est conditionnée à la réception par Médéric Prévoyance de la demande d'inscription au régime complémentaire maladie ;
- **Les ayants droit à charge du salarié** doivent être inscrits simultanément à la date d'affiliation de l'assuré principal ou sur justificatif à la date de l'événement (mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un pacte civil de solidarité, concubinage, naissance...);
- Le conjoint à charge du salarié sera maintenu inscrit au régime ;
- **Le conjoint non à charge du salarié** peut demander à bénéficier du régime complémentaire maladie défini par le présent document.

Cas particulier : le conjoint non à charge demandeur d'emploi non indemnisé par le Régime d'Assurance Chômage ou ayant épuisé ses droits au titre de ce régime.

Les conjoints non à charge relevant de cette catégorie, ne peuvent demander à bénéficier du régime complémentaire maladie, sans contrepartie de cotisation que s'ils étaient préalablement inscrits au régime complémentaire maladie en qualité de conjoint.

Lorsque le salarié sollicitera le changement de situation pour son conjoint, relevant de cette catégorie, auprès de son employeur, via un imprimé spécifique, il s'engagera sur l'honneur à produire, annuellement, le justificatif de la situation du conjoint, auprès de Médéric Prévoyance.

Par ailleurs, il est à noter que lorsque le salarié et son conjoint sont affiliés simultanément, la date d'effet est identique.

Toutefois, lorsque le conjoint est inscrit postérieurement au salarié, la date d'effet retenue est celle de la demande de son inscription.

● ● Article 12.3. Les procédures de modification d'inscription

Le changement d'inscription au régime complémentaire santé ne peut concerner que le conjoint et/ou les enfants et/ou les ascendants s'il y a lieu, déjà connus de Médéric Prévoyance ; une première demande d'inscription au régime complémentaire santé, ayant déjà été renseignée.

La date d'effet retenue pour la modification d'inscription est définie comme suit :

- Si le dossier complet est remis au souscripteur avant le 15 du mois en cours, la date d'effet retenue sera le 1^{er} jour du mois en cours ;
- Si le dossier complet est remis au souscripteur après le 15 du mois, la date d'effet retenue sera le 1^{er} jour du mois suivant.

Il est à noter que le salarié qui souhaite inscrire un ayant droit enfant ou un ascendant (ou le radier) doit adresser un courrier à Médéric Prévoyance (+ copie de l'attestation carte vitale justifiant le changement) – Service Prestations Santé.

● ● Article 12.4. Les procédures de radiation

Il est entendu par « radiation », la radiation définitive du salarié ou de son conjoint ou de ses enfants ou de ses ascendants.

Deux hypothèses de radiation sont retenues :

- La radiation du salarié et de ses ayants droit s'il y a lieu (conjoint et/ou enfant et/ou ascendant) du fait d'une radiation des effectifs.

La radiation est requise par le souscripteur du contrat par courrier ou par notification sur la déclaration d'inscription et de mouvement du personnel.

La radiation des ayants droit (conjoint et/ou enfant et/ou ascendant) et le maintien du salarié.

La radiation est requise par le souscripteur.

La radiation d'un conjoint (et des enfants et/ou des ascendants à charge rattachés s'il y a lieu) du régime complémentaire frais de santé peut être demandée à tout moment.

Elle prendra alors effet à la fin du mois civil au cours duquel la radiation a été requise auprès de Médéric Prévoyance.

À noter : concernant la réinscription éventuelle d'un conjoint, des règles ont été édictées par l'Unédic qui seule peut décider au cas le cas d'en apprécier la pertinence.

Celles-ci sont rappelées ci-après pour mémoire :

Motif de la radiation	Délai pendant lequel aucune nouvelle inscription ne pourra être enregistrée⁽¹⁾
- changement de situation économique (changement de couverture complémentaire) ;	12 mois
- changement de situation de couple (divorce, dissolution d'un pacte civil de solidarité, fin de concubinage, etc.) ;	36 mois
- pour convenance personnelle.	48 mois

⁽¹⁾Ce délai est décompté à partir de la date de radiation notifiée.

La cessation de l'affiliation peut intervenir pour chaque assuré aux dates suivantes :

- À la date de résiliation du contrat : dans ce cas, tout assuré principal en faisant la demande pourra contracter à titre individuel aux conditions et aux tarifs en vigueur, l'un des contrats proposés par Médéric Prévoyance ou un organisme du Groupe Médéric.
- À la date de rupture de son contrat de travail s'il quitte l'entreprise contractante avant l'âge d'admission à la retraite quel que soit le motif, sauf en cas de maintien des garanties tel qu'il est défini au présent document.
- À la date de cessation totale d'activité liée à la mise à la retraite.

● ARTICLE 13. DESCRIPTIF DES PRESTATIONS - RÉGIME UAC / UA1 / UA2

RÉGIME UAC / UA1 / UA2

Rappel: à compter du 1^{er} janvier 2006, les remboursements relatifs aux consultations et prescriptions effectuées en dehors du parcours de soins donnent lieu à un moindre remboursement de la Sécurité sociale et de votre régime complémentaire.

REMBOURSEMENTS

DE = dépense effective - SS = remboursement Sécurité sociale
 TCSS = tarif de convention de la Sécurité sociale
 TRSS = tarif de responsabilité de la Sécurité sociale
 PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale
 BRSS = base de remboursement de la Sécurité sociale

	conventionné	non conventionné
HOSPITALISATION CHIRURGICALE OU MÉDICALE Tous FRAIS MÉDICAUX engagés au cours de l'hospitalisation		
- Séjour médical et chirurgical	100 % (DE limitée à 600 % BRSS) - SS	90 % (DE limitée à 600 % BRSS) - SS
- Honoraires (déclarés SS) ⁽¹⁾	100 % (DE limitée à 600 % BRSS) - SS	90 % (DE limitée à 600 % BRSS) - SS
- Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	
- Chambre particulière / Lit d'accompagnant (enfant de moins de 14 ans ou adulte de plus de 70 ans)	6 % PMSS / jour	
TRANSPORT	100 % TCSS - SS	
PARTICIPATION FORFAITAIRE de l'assuré sur les actes > k50 ou > 91 €	100 % du forfait	
ACTES DE SPÉCIALITÉS EFFECTUÉS EN EXTERNAT	100 % (DE limitée à 600 % BRSS) - SS	90 % (DE limitée à 600 % BRSS) - SS
RADIOGRAPHIES	100 % (DE limitée à 600 % BRSS) - SS	90 % (DE limitée à 600 % BRSS) - SS
INDEMNITÉ COMPENSATRICE D'HOSPITALISATION - Accordée à partir du 8 ^e jour d'hospitalisation médicale ou chirurgicale dans la limite de 3 mois, à la mère ou au père de famille ayant un ou plusieurs enfants à charge de moins de 18 ans	2,50 % PMSS / jour	
MATERNITÉ ET ADOPTION - Chambre particulière (à compter du 1 ^{er} jour) - Indemnité forfaitaire d'accouchement ou d'adoption (par enfant)	dans la limite des frais réels 6 % PMSS / jour 20 % PMSS	
DENTAIRE SOINS DE PRATIQUE COURANTE (PARODONTOPATHIE - GINGIVECTOMIE)	115 % TCSS - SS	
PROTHÈSE - remboursée par la Sécurité sociale - non remboursée par la Sécurité sociale ⁽²⁾ - supplément intermédiaire de bridge (sur la base d'un TCSS à 43 €)	300 % TCSS - SS 300 % TCSS - SS estimée 300 % TCSS - SS estimée	
TRAITEMENT ORTHODONTIQUE - accepté par la Sécurité sociale - refusé par la Sécurité sociale ⁽²⁾ jusqu'à 18 ans	300 % TCSS - SS 300 % TCSS - SS estimée	
OPTIQUE Verres de lunettes Monture Lentilles - remboursées par la Sécurité sociale - non remboursées par la Sécurité sociale - jetables (remboursées ou non par la Sécurité sociale)	Plafond : 1 paire de lunettes (verres et monture) / an / bénéficiaire Par verre : 90 % DE - SS ; remboursement limité 13 % PMSS 6 % PMSS 5 % PMSS / paire 8,5 % PMSS / paire 8,5 % PMSS / an / bénéficiaire	
APPAREILLAGE - ORTHOPÉDIE - PROTHÈSES - ACCESSOIRES acceptés SS Appareil auditif - accepté par la Sécurité sociale - refusé par la Sécurité sociale	350 % TCSS - SS 25,50 % PMSS 19,50 % PMSS	
FRAIS MÉDICAUX CONSULTATIONS/VISITES : omnipraticiens spécialistes, professeurs et neuropsychiatre conventionnés	100 % (DE limitée à 600 % TCSS) - SS	
CONSULTATIONS/VISITES : omnipraticiens spécialistes, professeurs et neuropsychiatre non conventionnés	90 % (DE limitée à 600 % TCSS) - SS	
AUXILIAIRES MÉDICAUX	100 % TCSS - SS	
ANALYSES	100 % (DE limitée à 600 % TCSS) - SS	
PHARMACIE - remboursé à 35 % par la Sécurité sociale - remboursé à 65 % par la Sécurité sociale	100 % TRSS - SS 100 % TRSS - SS	
CURES THERMALES (21 JOURS) - acceptées par la Sécurité sociale - refusées par la Sécurité sociale, effectuées en France ⁽³⁾	20 % PMSS 15 % PMSS	

(1) Les honoraires liés à la chirurgie réparatrice doivent faire l'objet d'un accord préalable du médecin conseil Médéric.

(2) Sur accord du dentiste conseil Médéric.

(3) Sur accord du médecin conseil Médéric.

NB. Seules les dépenses déclarées à la Sécurité sociale, de nature exclusivement médicale, peuvent être retenues, à l'exception de celles liées à l'esthétique, au confort et d'une façon générale à des actes ne figurant pas dans la nomenclature de la Sécurité sociale, ou non remboursables par elle ou ne répondant pas aux conditions d'ouverture des droits de cette Nomenclature.

● ARTICLE 14. DESCRIPTIF DES PRESTATIONS - RÉGIME UDL / UD1 / UD2

RÉGIME UDL / UD1 / UD2

Rappel: à compter du 1^{er} janvier 2006, les remboursements relatifs aux consultations et prescriptions effectuées en dehors du parcours de soins donnent lieu à un moindre remboursement de la Sécurité sociale et de votre régime complémentaire.

REMBOURSEMENTS		
DE = dépense effective - SS = remboursement Sécurité sociale TCSS = tarif de convention de la Sécurité sociale TRSS = tarif de responsabilité de la Sécurité sociale PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale BRSS = base de remboursement de la Sécurité sociale		
	conventionné	non conventionné
HOSPITALISATION CHIRURGICALE OU MÉDICALE		
Tous frais médicaux engagés au cours de l'hospitalisation		
- Séjour médical et chirurgical	100 % (DE limitée à 600 % BRSS) – SS	100 % (DE limitée à 600 % BRSS) – SS
- Honoraires (déclarés SS) ⁽¹⁾	100 % (DE limitée à 600 % BRSS) – SS	100 % (DE limitée à 600 % BRSS) – SS
- Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	
- Chambre particulière / Lit d'accompagnant (enfant de moins de 14 ans ou adulte de plus de 70 ans)	100 % DE limité à 6 % PMSS / jour	
TRANSPORT	100 % TCSS – SS	
PARTICIPATION FORFAITAIRE de l'assuré sur les actes > k50 ou > 91 €	100 % du forfait	
ACTES DE SPÉCIALITÉS EFFECTUÉS EN EXTERNAT	100 % (DE limitée à 600 % BRSS) – SS	100 % (DE limitée à 600 % BRSS) – SS
RADIOGRAPHIES	100 % (DE limitée à 600 % BRSS) – SS	100 % (DE limitée à 600 % BRSS) – SS
INDEMNITÉ COMPENSATRICE D'HOSPITALISATION		
- Accordée à partir du 8 ^e jour d'hospitalisation médicale ou chirurgicale dans la limite de 3 mois, à la mère ou au père de famille ayant un ou plusieurs enfants à charge de moins de 18 ans	2,50 % PMSS / jour	
MATERNITÉ ET ADOPTION		
- Chambre particulière (à compter du 1 ^{er} jour)	dans la limite des frais réels 100 % DE limité à 6 % PMSS / jour 23 % PMSS	
- Indemnité forfaitaire d'accouchement ou d'adoption (par enfant)		
DENTAIRE		
SOINS DE PRATIQUE COURANTE (PARODONTOLOGIE – GINGIVECTOMIE)		
450 % TCSS – SS		
PROTHÈSE		
- remboursée par la Sécurité sociale	450 % TCSS – SS	
- non remboursée par la Sécurité sociale ⁽²⁾	450 % TCSS – SS estimée	
- supplément intermédiaire de bridge (sur la base d'un TCSS à 43 €)	450 % TCSS – SS estimée	
TRAITEMENT ORTHODONTIQUE		
- accepté par la Sécurité sociale	450 % TCSS – SS	
- refusé par la Sécurité sociale ⁽²⁾ jusqu'à 18 ans	450 % TCSS – SS estimée	
OPTIQUE		
Verres de lunettes	Plafond : 1 paire de lunettes (verres et monture) / an / bénéficiaire Par verre : 100 % DE – SS ; remboursement limité 13 % PMSS	
Monture	6,5 % PMSS	
Lentilles	100 % DE – SS 8,5 % PMSS / paire 8,5 % PMSS / an / bénéficiaire	
- remboursées par la Sécurité sociale		
- non remboursées par la Sécurité sociale		
- jetables (remboursées ou non par la Sécurité sociale)	8,5 % PMSS / an / bénéficiaire	
APPAREILLAGE - ORTHOPÉDIE - PROTHÈSES - ACCESSOIRES acceptés SS		
Appareil auditif	100 % DE – SS	
- accepté par la Sécurité sociale	100 % DE – SS	
- refusé par la Sécurité sociale	100 % DE – SS estimée	
FRAIS MÉDICAUX		
CONSULTATIONS/VISITES : omnipraticiens spécialistes, professeurs et neuropsychiatre conventionnés	100 % (DE limitée à 600 % TCSS) – SS	
CONSULTATIONS/VISITES : omnipraticiens spécialistes, professeurs et neuropsychiatre non conventionnés	80 % (DE limitée à 600 % TCSS) – SS	
AUXILIAIRES MÉDICAUX	100 % (DE limitée à 600 % TCSS) – SS	
ANALYSES	100 % (DE limitée à 600 % TCSS) – SS	
PHARMACIE		
- remboursé à 35 % par la Sécurité sociale	100 % TRSS - SS	
- remboursé à 65 % par la Sécurité sociale	100 % TRSS - SS	
CURES THERMALES (21 JOURS)		
- acceptées par la Sécurité sociale	23,5 % PMSS	
- refusées par la Sécurité sociale, effectuées en France ⁽³⁾	17 % PMSS	

(1) Les honoraires liés à la chirurgie réparatrice doivent faire l'objet d'un accord préalable du médecin conseil Médéric.

(2) Sur accord du dentiste conseil Médéric.

(3) Sur accord du médecin conseil Médéric.

NB. Seules les dépenses déclarées à la Sécurité sociale, de nature exclusivement médicale, peuvent être retenues, à l'exception de celles liées à l'esthétique, au confort et d'une façon générale à des actes ne figurant pas dans la nomenclature de la Sécurité sociale, ou non remboursables par elle ou ne répondant pas aux conditions d'ouverture des droits de cette Nomenclature.

● **ARTICLE 15. PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES**

● ● **Article 15.1. Le tiers payant**

Le niveau de garantie est assorti :

- du service de tiers payant hospitalier en établissement conventionné par la Sécurité sociale. Médéric Prévoyance dispense alors l'assuré de l'avance des frais de séjour en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale ;
- du service de tiers payant pharmacie et de tiers payant élargi selon les modalités pratiquées par Médéric Prévoyance dans le cadre de la procédure « Viamedis, un service relation client dédié ».

Pour toute demande d'information complémentaire (prise en charge hospitalière, niveau de garantie par exemple) relative au régime complémentaire maladie défini par le présent document, l'ensemble des assurés est invité à contacter le numéro INDIGO suivant :

0825 826 759 (coût : 0,15 TTC euros par minute)

Horaires :

du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 30
(sans interruption)

● ● **Article 15.2. Un centre de gestion dédié**

Le traitement des demandes de liquidation de prestations sera effectué par un centre de gestion dédié :

GROUPE MÉDÉRIC

Centre de gestion de Paris - 200

21 rue Laffitte

75317 Paris cedex 09

0 825 075 825

(Coût de l'appel : 0,15 euros TTC/minute)

Horaires : du lundi au vendredi

De 8 h 30 à 17 h 30 (sans interruption)

● **ARTICLE 16. MODALITÉS DE REMBOURSEMENT**

Médéric Prévoyance a signé une convention avec la totalité des caisses d'assurance maladie en France métropolitaine (régime général des salariés) pour recevoir automatiquement les décomptes de la Sécurité sociale de ses assurés (système NOÉMIE).

Pour obtenir le remboursement des frais de santé, l'assuré doit selon le cas, suivre l'une ou l'autre des procédures suivantes :

Lorsqu'aucune mention de transmission à Médéric Prévoyance n'est portée sur le décompte de Sécurité sociale, l'assuré ne bénéficie pas du système NOÉMIE.

Soit parce que l'assuré ne relève pas du régime général de la Sécurité sociale, soit parce qu'il a renoncé au système NOÉMIE en notifiant sa demande à Médéric Prévoyance ou en cas de dysfonctionnement du système NOÉMIE ;

L'assuré doit adresser à Médéric Prévoyance, l'original :

- du décompte de la Sécurité sociale (ou du décompte d'une autre mutuelle) en indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'assuré cotisant,
- des factures acquittées des tickets modérateurs (part non prise en charge par la Sécurité sociale) ou des travaux et soins refusés intégralement par la Sécurité sociale.

Si le décompte de la Sécurité sociale porte la mention « Ce décompte est transféré à votre mutuelle... » l'assuré bénéficie du système NOÉMIE.

La Sécurité sociale transmet alors directement à Médéric Prévoyance les éléments nécessaires au remboursement de la part complémentaire. Elle adresse parallèlement à l'assuré un décompte portant une mention de type « ce décompte est transmis à votre mutuelle... ». Il conviendra de conserver ce document pour contrôle éventuel des remboursements.

Ce décompte ne doit pas être envoyé à Médéric Prévoyance. Le dossier de l'assuré est ainsi traité directement sans qu'il ait à intervenir.

Si, toutefois, des pièces justificatives s'avèrent nécessaires pour le calcul du remboursement complémentaire (facture optique, dentaire...), elles lui seront demandées ultérieurement, le cas échéant.

Généralement, les ayants droit peuvent bénéficier du système NOÉMIE. Pour la continuité de ce service, toute modification de la composition familiale doit être signalée à Médéric Prévoyance.

Les ayants droit ne bénéficiant pas du régime général de Sécurité sociale, conjoints « travailleurs non salariés » ou relevant de régimes spéciaux de la Sécurité sociale...), ne peuvent, actuellement, bénéficier du système NOÉMIE. Il convient, alors, d'adresser à Médéric Prévoyance, l'original du décompte de la Sécurité sociale en rappelant les nom, prénom et numéro de Sécurité sociale du salarié assuré.

Le paiement du remboursement complémentaire par Médéric Prévoyance :

- Médéric Prévoyance effectue tous les remboursements complémentaires par virement bancaire sur le compte communiqué à Médéric Prévoyance par l'assuré.
- En cas de changement de coordonnées bancaires, l'assuré doit adresser à Médéric Prévoyance un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

● ● Article 16.1. Modalités de remboursement - particularités

● ● ● Article 16.1.1. Hospitalisation

- a) Frais de séjour en cas d'hospitalisation en établissements conventionnés par la Sécurité sociale

1. Tiers payant hospitalier en établissement conventionné par la Sécurité sociale

Médéric Prévoyance assure, par l'intermédiaire de son opérateur de tiers payant Viamédis, la prise en charge directe, auprès de l'établissement hospitalier, des frais de séjour (à l'exception des dépassements d'honoraires qui doivent être réglés par l'assuré et qui sont remboursés par Médéric Prévoyance, selon les conditions du contrat, sur présentation d'une facture de l'établissement normalisée acquittée et de la note d'honoraires acquittée).

Pour bénéficier de cette prise en charge, l'assuré doit présenter sa carte de tiers payant à l'établissement hospitalier ou à défaut s'adresser au centre de gestion maladie de Médéric Prévoyance dont il relève, en précisant :

- le nom et l'adresse de l'établissement,
- la date et le numéro d'entrée (pour les hôpitaux publics),
- le numéro de Sécurité sociale du salarié,
- les nom et prénom du malade,
- sa date de naissance.

Dans l'hypothèse où la prise en charge en tiers payant n'a pu intervenir, il convient d'adresser le décompte de la Sécurité sociale à Médéric Prévoyance.

2. En cas de dépassement d'honoraires

Les suppléments doivent être acquittés par le participant et figurer dans la facture normalisée.

Médéric Prévoyance peut y participer, dans les conditions prévues au contrat et sur justification :

- des notes d'honoraires – portant l'acquit – des praticiens ;
- de l'exemplaire de la facture remise par l'établissement hospitalier.

3. En cas de chirurgie réparatrice

L'accord préalable du médecin conseil de Médéric Prévoyance doit être demandé à l'aide du protocole opératoire (document à adresser sous pli confidentiel).

4. Les frais exclus du tiers payant hospitalier

- Supplément pour lit « accompagnant » sauf si le malade est âgé de moins de 14 ans ou de plus de 70 ans ;
- Dépenses d'ordre personnel : téléphone, télévision, boissons, suppléments confort, grand confort, petit déjeuner et repas de l'accompagnement ;
- Dépassements d'honoraires ;
- Frais de séjour en cas d'hospitalisation en établissement non conventionné par la Sécurité sociale : l'assuré doit acquitter le total des frais et adresser un exemplaire de la facture à la Sécurité sociale pour remboursement et envoyer le décompte de la Sécurité sociale, accompagné d'un autre exemplaire de la facture à Médéric Prévoyance.

● ● ● Article 16.1.2. Maternité/adoption

Le paiement des prestations requiert la production de l'acte de naissance ou d'un document d'état civil de(s) enfant(s).

● ● ● Article 16.1.3. Prothèses dentaires

Il convient de conserver :

- le décompte de la Sécurité sociale, s'il a directement été transmis Médéric Prévoyance, par la Sécurité sociale (*cf. décompte de la Sécurité sociale*) ;

Ces pièces peuvent, en cas de besoin, être demandées à l'assuré pour la liquidation de ces dossiers particuliers.

● ● ● Article 16.1.4. Verres de contacts refusés par la Sécurité sociale

Il convient d'adresser à Médéric Prévoyance :

- la prescription médicale (portant éventuellement la mention « hors TIPS ») ;
- la facture.

- ● **Article 16.2. Système tiers payant élargi VIAMÉDIS (laboratoire, optique, radiologie, pharmacie...)**

Les salariés bénéficiant du tiers payant VIAMÉDIS recevront leur carte après l'enregistrement par Médéric Prévoyance de la fiche d'inscription.

Ces documents sont valables du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'exercice en cours (sauf en cas d'interruption de la couverture avant le 31 décembre).

Lors de la rupture du contrat de travail, le salarié devra remettre à son employeur la carte de tiers payant.

- ● **Article 16.3. Serveur vocal - Service « mederic.com »**

Chaque relevé trimestriel, émis par Médéric Prévoyance comportera un code confidentiel permettant aux assurés de se connecter au :

08 91 67 34 56 (N° AZUR)

(coût de l'appel : 0.23 € TTC/min.)

afin de connaître rapidement et à tout moment (24h/24, 7j/7) leurs derniers remboursements maladie, les modalités de prise en charge hospitalière.

Pour les assurés internautes, l'inscription sur le site est gratuite (www.mederic.com) et permet l'accès à l'historique complet de tous les remboursements effectués. Une alerte par courriel peut être adressée à l'assuré, à sa demande, lors de chaque remboursement.

- ● **Article 16.4. Allocation de solidarité**

Dans les cas particulièrement graves où, par suite d'absence ou d'insuffisance de remboursement de la Sécurité sociale ou au titre des paragraphes précédents, des sommes importantes restent à la charge de l'assuré, celui-ci peut présenter une demande d'allocations de solidarité à une Commission dont les membres sont désignés par le Conseil d'administration.

ANNEXES*

● **ARTICLE 17. ACTION SOCIALE**

Le contrat ouvre accès à l'action sociale de Médéric Prévoyance et au service d'Assistance Santé à Domicile de Médéric Prévoyance.

L'action sociale et son réseau de 100 délégués et assistantes (liste en page suivante) a pour but d'aider l'assuré à résoudre certaines difficultés personnelles ponctuelles, ou à réaliser certains projets.

● ● **Article 17.1. Les aides personnalisées ponctuelles**

- Demande d'entraide soumises aux commissions sociales (dépenses exceptionnelles de santé, difficultés financières, chômage, frais de scolarité, obsèques,...).

● ● **Article 17.2. Le chômage**

- Aide à la réinsertion, accès aux bases emploi,
- Régime de prévoyance des chômeurs,
- Prêts aux porteurs de Projets économiques.

● ● **Article 17.3. La santé**

- Centres de prévention, bilans de santé,
- Établissements de soins, établissements de convalescence,
- Assistance santé à domicile de Médéric assistance,
- Actions de prévention à thème (tabac, alcool,...) en entreprise.

● ● **Article 17.4. Le handicap et la dépendance**

- Conseil – Orientation aux familles,
- Adaptations du logement, du véhicule.

● ● **Article 17.5. La préparation à la retraite**

- Journées « Retraite, prévention santé et projets » en entreprise ou en inter-entreprises.

● ● **Article 17.6. L'aide au logement**

- Prêts (acquisition, amélioration),
- Recommandation de prêts bancaire.

● ● **Article 17.7. L'aide aux études**

- Allocation d'études, prêts aux étudiants.

● ● **Article 17.8. L'information**

- Écoute, Conseil, Orientation auprès de votre délégué à l'action sociale,
- Lettre aux participants,
- Présentation de l'action sociale en entreprise ou en inter-entreprises.

● **ARTICLE 18. LES CONDITIONS D'AFFILIATION À UNE COUVERTURE INDIVIDUELLE PROPOSÉE PAR L'ASSUREUR**

● ● **Article 18.1. Conditions générales**

Il incombe au souscripteur d'informer ses salariés, ainsi que les ayants droit d'assurés décédés, relevant de l'une des catégories suivantes, des dispositions dont ils peuvent bénéficier et des délais de forclusion qui leur sont opposables :

- salarié radié des effectifs et indemnisé par les Assédic,
- salarié radié des effectifs ou pas, et relevant d'un régime de préretraite,
- salarié radié des effectifs et bénéficiaire d'une pension de retraite,
- salarié radié des effectifs et en état d'incapacité de travail ou d'invalidité,
- ayant droit garanti du chef d'un assuré décédé qui était inscrit à l'assurance maladie de Médéric Prévoyance,
- salarié radié de l'assurance maladie de Médéric Prévoyance du fait de la résiliation ou du non renouvellement du contrat.

Eu égard à la diversité et à la particularité de chaque situation, les intéressés sont invités à prendre contact avec le :

Service des Adhésions Individuelles
MÉDÉRIC PRÉVOYANCE
21 rue Laffitte
75317 PARIS Cedex 09
01 56 03 32 00

● ● Article 18.2. Conditions d'inscription

Les personnes se trouvant dans l'une des situations exposées dans l'article précédent, peuvent demander à conserver un régime complémentaire maladie.

L'adhésion à ce régime doit être demandée par l'intéressé lui-même dans les délais impartis sous peine de forclusion (*CF. article 5.4. du présent document*).

En tout état de cause, aucun droit à la garantie n'est acquis tant que l'adhésion n'est pas réalisée.

Il est à noter que l'adhésion sollicitée doit concerner tant les périodes indemnisées par l'Assédic que celles correspondant au délai de carence appliqué par le régime d'assurance chômage (congés payés, différé de paiement).

● ● Article 18.3. Garanties proposées

● ● Article 18.3.1. Assurés privés d'emploi

Les anciens assurés privés d'emploi et dont les droits sont ouverts à l'indemnisation par l'Assédic peuvent cotiser, à titre individuel, à un régime complémentaire maladie dans la gamme :

- MÉDÉRIC ÉNERGIE, lorsque l'assuré est âgé de moins de 56 ans;
- MÉDÉRIC SANTÉ, lorsque l'assuré est âgé de plus de 56 ans.

● ● Article 18.3.2. Bénéficiaires d'un régime de préretraite

Les anciens assurés bénéficiant d'un régime de préretraite peuvent cotiser, à titre individuel, à un régime complémentaire maladie dans la gamme :

- MÉDÉRIC ÉNERGIE, lorsque l'assuré est âgé de moins de 56 ans;
- MÉDÉRIC SANTÉ, lorsque l'assuré est âgé de plus de 56 ans.

● ● Article 18.3.3. Bénéficiaires d'un régime de retraite

Les anciens assurés retraités à compter de la date d'effet du contrat peuvent cotiser, à titre individuel, à un régime complémentaire maladie dans la gamme MÉDÉRIC SANTÉ.

● ● Article 18.3.4. Les anciens assurés en incapacité ou invalidité

Les anciens assurés en incapacité ou invalidité, radiés des effectifs peuvent cotiser, à titre individuel, à un régime complémentaire maladie dans la gamme :

- MÉDÉRIC ÉNERGIE, lorsque l'assuré est âgé de moins de 56 ans;
- MÉDÉRIC SANTÉ, lorsque l'assuré est âgé de plus de 56 ans.

● ● Article 18.3.5. Les ayants droit d'un assuré décédé

Les ayants droit garantis du chef d'un assuré décédé qui était inscrit à l'assurance maladie de Médéric Prévoyance, peuvent, cotiser à titre individuel, à un régime complémentaire maladie dans la gamme :

- MÉDÉRIC ÉNERGIE, lorsque l'assuré est âgé de moins de 56 ans;
- MÉDÉRIC SANTÉ, lorsque l'assuré est âgé de plus de 56 ans.

● ● Article 18.3.6. Salarié radié de l'assurance maladie de Médéric Prévoyance du fait de la résiliation ou du non renouvellement du contrat

Les salariés radiés de l'assurance maladie de Médéric Prévoyance du fait de la résiliation du contrat, peuvent cotiser à titre individuel, à un régime complémentaire maladie dans la gamme :

- MÉDÉRIC ÉNERGIE, lorsque l'assuré est âgé de moins de 56 ans;
- MÉDÉRIC SANTÉ, lorsque l'assuré est âgé de plus de 56 ans.

● ● Article 18.4. Cotisations

Le montant des cotisations est forfaitaire et fait l'objet d'un mode d'appel individuel auprès des intéressés.

● ARTICLE 19. PROCÉDURE VIAMEDIS

Médéric a confié la gestion de ce service à la Société **Viamedis**, son partenaire spécialisé. Les professionnels de santé auxquels vous aurez recours, adresseront leurs factures à **Viamedis**, sur présentation de votre carte qui garantit leur règlement.

En fonction de votre contrat, elle peut concerner

- vos dépenses de pharmacie, biologie, radiologie, auxiliaires médicaux (kinés, infirmiers...), soins externes (consultations et examens en centre médical ou hôpital) optique et hospitalisation, soins dentaires,
- ainsi que celles des bénéficiaires qui y sont mentionnés (votre conjoint/concubin, vos enfants à charge non couverts par ailleurs par une mutuelle complémentaire).

Nous espérons que votre carte de tiers payant vous donnera satisfaction.

Nous demeurons à votre service.

Votre complémentaire santé Médéric

Consultez gratuitement vos remboursements sur www.mederic.com : l'historique de vos paiements sur un an, y compris ceux de votre tiers payant complémentaire.

IMPORTANT

Cette carte a valeur auprès des professionnels de santé tant que vos droits au Régime Frais de Santé restent en cours de validité.

En cas de radiation, vous voudrez bien prévenir vos professionnels de santé habituels (pharmaciens, ...) afin qu'ils mettent à jour leurs fichiers et retourner vos cartes à votre Centre de gestion, pour destruction.

Toute utilisation injustifiée ou frauduleuse de votre carte après votre radiation vous exposerait à un recouvrement de nature contentieuse sur des prestations indûment réglées en « tiers payant » par **Viamedis**.

Comment bénéficiaire du tiers payant ?

Dès que vous avez reçu la carte **Viamedis**, vous pouvez présenter à votre professionnel de santé votre attestation VITALE de Sécurité sociale (ou votre carte VITALE) ainsi que votre carte **Viamedis** et lui demander de ne pas effectuer l'avance de vos dépenses de santé.

Quels sont les professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant ?

Ce sont ceux en rapport avec les actes indiqués sur votre carte. Il peut donc s'agir des pharmacies, laboratoires, radiologues, kinés, infirmiers, orthophonistes, centres médicaux, hôpitaux, cliniques, opticiens, dentistes... en fonction des accords départementaux et autres conventions signées par **Viamedis**.

En cas de difficultés ...

Si votre professionnel de santé ne pratique pas ou pas encore le tiers payant vous pouvez l'inviter à contacter **Viamedis** au **0825 076 076** qui lui communiquera toutes les modalités d'ouverture de ce service.

Validité de votre carte Viamedis

La carte est valable jusqu'au 31 décembre de l'année (sauf radiation de la mutuelle avant cette date). L'utilisation de votre carte est conditionnée par sa validité et par l'exactitude des informations contenues (*n° Sécurité sociale, date de naissance...*).

ATTENTION : Toute utilisation frauduleuse de votre carte (notamment après résiliation du contrat) nous conduira à déclencher un recours sur prestations indues.

Un bénéficiaire est absent de la carte ou la carte comporte une erreur

S'il manque un bénéficiaire (conjoint, enfant à charge...) ou si elle comporte une erreur, **vous devez en informer votre Centre de gestion Médéric indiqué sur la carte**, en joignant la photocopie de votre attestation VITALE, ainsi que votre ancienne carte. Il en est de même pour toute modification relative aux bénéficiaires.

Votre conjoint et vos enfants à charge ne sont pas inscrits sur la carte

Si votre conjoint dépend d'une autre mutuelle, il ne peut bénéficier ni du service Noémie (télétransmission des décomptes Sécurité sociale), ni de **Viamedis** (service de tiers payant par l'intermédiaire de Médéric).

De même, si vos enfants sont couverts par la mutuelle complémentaire de votre conjoint, ils ne peuvent bénéficier ni du service Noémie, ni de **Viamedis**.

En revanche, si votre conjoint et/ou vos enfants ne bénéficient pas d'une autre mutuelle, veuillez

contacter votre centre de gestion pour une mise à jour de vos ayants-droit.

Enfants étudiants

Si vous avez des enfants étudiants, la continuité des droits sur l'année suivante ne pourra être régularisée que sur envoi, avant le 31 octobre, du justificatif d'inscription au Régime des Étudiants.

Pourquoi avez-vous deux cartes de tiers payant ?

Pour les familles, c'est la possibilité pour l'assuré et son conjoint d'avoir chacun sa carte.

Votre adresse ne figure pas sur votre carte.

C'est normal, les professionnels de santé n'ont pas besoin d'avoir cette information pour vous faire bénéficier du tiers payant.

Que faire en cas d'hospitalisation ?

Pour éviter de faire l'avance de vos dépenses hospitalières (*ticket modérateur, forfait journalier, chambre particulière*), et conformément à votre garantie, demandez à l'hôpital ou à la clinique de contacter **Viamedis** qui leur délivrera une prise en charge. Informations à préparer : n° Sécurité sociale, date d'entrée, coordonnées du bénéficiaire concerné et figurant sur la carte.

(En cas de difficulté, votre Centre de gestion est également habilité à vous délivrer une prise en charge.)

Pour vos frais d'optique

Si cette garantie figure sur votre carte, vous voudrez bien demander à l'opticien d'adresser à **Viamedis** une demande de prise en charge. Une réponse lui sera faite sous 48 heures. Selon l'importance de la dépense, une analyse préalable de cette demande pourra être effectuée par le service de médecine conseil de Médéric, qui fixera le niveau de prise en charge des frais engagés.

Si vous avez réglé le « ticket modérateur » au professionnel de santé

Transmettre le reçu ou la facture acquittée au **Centre de gestion** figurant sur votre carte, afin d'être remboursé.

Conseil :

Pour vos dépenses de pharmacie, si vous présentez votre carte Vitale pour le « tiers

payant Sécurité sociale », présentez, en même temps, votre carte Viamedis

Si, pour une raison ou pour une autre, le tiers payant **Viamedis** n'a pas été mis en œuvre auprès de votre pharmacien, n'oubliez pas d'adresser sa facture à votre mutuelle Médéric, ce qui vous permettra d'obtenir alors le remboursement de la partie complémentaire prévue.

Si vous avez réglé la totalité des frais de pharmacie, Médéric vous remboursera automatiquement la part complémentaire à partir des décomptes de Sécurité sociale.

Il est donc plus simple pour vous :

- soit de faire agir le **tiers payant complet** (Sécurité sociale et mutuelle),
- soit de régler la totalité des frais de pharmacie.

REMARQUE IMPORTANTE : Nous vous demandons de ne jamais utiliser les coordonnées de **Viamedis (adresse, téléphone) figurant sur votre carte. Cette zone est exclusivement réservée aux professionnels de santé.**

● **ARTICLE 20. QUELQUES DÉFINITIONS UTILES**

● ● **Article 20.1. Remboursement Sécurité sociale**

La Sécurité sociale rembourse à partir d'un « prix » convenu par avance, le Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale (TRSS) et résultant le plus souvent d'une convention entre le corps médical et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Dans ce cas, c'est le Tarif de Convention Sécurité sociale (TCSS). Les frais réels engagés par l'assuré peuvent être supérieur à ce tarif qui sert de base au calcul du remboursement de la Sécurité sociale.

Les actes médicaux sont désignés par une lettre clé répertoriée par la Sécurité sociale (Nomenclature) et à laquelle correspond une valeur en euros, base du remboursement.

Lorsque des actes sont effectués par des praticiens qui n'ont pas adhéré à la Convention Nationale, ils ne sont pas remboursés à partir du tarif de Convention (TCSS), mais selon des valeurs imposées que l'on appelle « tarifs d'autorité ». Les praticiens eux-mêmes sont alors dits « non conventionnés ».

● ● **Article 20.2. Tarif de responsabilité**

Il s'agit du tarif de référence de la Sécurité sociale fixé pour chaque acte médical et chaque produit. Les remboursements des frais médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques se font sur la base de ce tarif de responsabilité.

● ● **Article 20.3. Tarif de convention**

Il s'agit du tarif qui s'applique uniquement aux professions conventionnées du secteur I (application du tarif de convention), et du secteur II (praticiens conventionnés mais libre de fixer leurs honoraires avec « tact et mesure »). Il est issu d'un accord signé entre les caisses nationales d'assurance maladie et les représentants des professions concernées par l'accord. Il est agréé par l'État.

Ces conventions nationales fixent les tarifs des honoraires des professionnels et les valeurs des lettres-clés correspondant aux actes effectués par ces praticiens.

● ● **Article 20.4. Tarif d'autorité**

Il s'agit du tarif de référence de l'assurance maladie pour les frais médicaux payés aux rares praticiens non adhérents de la convention médicale (« non conventionnés»). Ceux-ci peuvent fixer leurs honoraires librement.

● ● **Article 20.5. Frais réels**

Il s'agit des frais effectivement engagés.

● ● **Article 20.6. Ticket modérateur**

Il s'agit de la différence entre le tarif de responsabilité de la Sécurité sociale et le remboursement qu'elle effectue.

● ● **Article 20.7. N.O.É.M.I.E. (norme ouverte entre la maladie et les intervenants extérieurs)**

Il s'agit d'une norme informatique pour l'échange de données entre la Sécurité sociale et les organismes de prévoyance complémentaire. Elle permet la transmission d'un reflet de décompte informatisé à la complémentaire santé, évitant ainsi à l'assuré de l'envoyer lui-même.

● ● **Article 20.8. PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale)**

Le plafond mensuel de la Sécurité sociale s'élève à 2 773 euros au 1^{er} janvier 2008.

● **ARTICLE 21. ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE**

Médéric Assistance est la garantie d'assistance santé gratuite dont peut bénéficier l'assuré, ainsi que les personnes vivant sous son toit (conjoint de droit ou de fait, enfants à charge, ascendants) en cas d'accident corporel ou de maladie soudaine, imprévisible et aiguë.

Les garanties sont mises en œuvre 24 h/24 h et 7 j/7 j par Médéric Assistance.

L'ensemble des garanties est limité à la France Métropolitaine et à la Principauté de Monaco.

Pour mettre en œuvre Médéric Assistance, il convient de téléphoner au **0825 347 348** pour les Actifs et de communiquer le numéro de contrat suivant : **75 37 34**

● ● **Article 21.1. Hospitalisation ou immobilisation au domicile**

1. En cas d'hospitalisation immédiate et imprévue quelle qu'en soit la durée, ou d'immobilisation au domicile de plus de cinq jours, Médéric Assistance prend en charge :

Pour les enfants à charge

- le déplacement en France métropolitaine d'un proche pour la garde des enfants de l'assuré de moins de 16 ans, ou le transfert en France

métropolitaine des enfants de l'assuré et d'un adulte accompagnant auprès de proches,

- ou la conduite à l'école et le retour à domicile des enfants de l'assuré, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois,
- ou la garde des enfants de l'assuré chez une assistante maternelle, ou au domicile par un intervenant autorisé, dans la limite de 30 heures réparties sur un mois à compter de l'événement.

Les garanties décrites ci-dessus peuvent être étendues aux petits-enfants dont l'assuré a la garde si :

- la garde des petits-enfants se fait par l'intermédiaire d'un prestataire agréé, en attendant que leurs parents viennent les reprendre,
- le transfert des petits-enfants se fait avec l'accompagnement d'un adulte, pour un retour auprès de leurs parents.

Pour les ascendants à charge

Pour les ascendants vivant au domicile de l'assuré et ne pouvant se prendre en charge, Médéric Assistance prend en charge le déplacement d'un proche, ou leur déplacement au domicile situé en métropole d'un proche, ou leur garde à domicile dans la limite de 30 heures, réparties sur un mois à compter de la date d'hospitalisation.

2. En cas d'hospitalisation de plus de deux jours, ou d'immobilisation au domicile de plus de cinq jours, Médéric Assistance prend en charge :

- le déplacement en France métropolitaine d'un proche de l'assuré, et son hébergement pour 2 nuits, petit déjeuner inclus, à concurrence de 92 euros pour l'ensemble.

● ● Article 21.2. Garde des enfants malades

En cas d'immobilisation de plus de deux jours des enfants de l'assuré à domicile, et si l'assuré et son conjoint travaillent, déplacement dès le premier jour d'un proche, ou garde des enfants dans la limite de 30 heures réparties sur un mois à compter de la date de la maladie.

● ● Article 21.3. École à domicile

En cas d'immobilisation à domicile des enfants de l'assuré à la suite d'un accident ou d'une maladie imprévue pour une durée de plus de

deux semaines, soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours, dans la limite de trois heures par jour aux enfants du primaire et du secondaire, hors vacances scolaires, et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours.

● ● Article 21.4. Aide ménagère

- En cas d'hospitalisation de plus de deux jours, une aide ménagère est mise à la disposition de l'assuré dès le premier jour, ou lors du retour au domicile.
- En cas d'immobilisation au domicile de plus de cinq jours, une aide ménagère est mise à la disposition de l'assuré dès le premier jour. L'aide est d'un minimum de deux heures par jour, à concurrence de 30 heures au maximum sur une période d'un mois.

Par dérogation aux clauses générales, l'aide ménagère à domicile peut être accordée en cas d'hospitalisation pour chimiothérapie ou radiothérapie, et ceci même si l'intervention est programmée et si la durée d'hospitalisation est inférieure à deux jours.

● ● Article 21.5. Séjour prolongé en maternité

En cas de séjour de plus de huit jours en maternité, application de la prestation d'aide ménagère et garde des enfants de l'assuré.

● ● Article 21.6. Transfert et garde d'animaux domestiques familiaux

En cas d'hospitalisation de plus de deux jours, ou d'immobilisation de plus de cinq jours, transport et/ou hébergement des animaux de compagnie, dans la limite d'un mois à compter de l'événement.

● ● Article 21.7. En cas de décès

Prise en charge des enfants ou petits-enfants et des ascendants de l'assuré, aide ménagère, garde des animaux, dans les conditions indiquées plus haut.

Assistance à la famille dans l'organisation des obsèques, et possibilité d'avance des frais (avance remboursable dans un délai de 30 jours).

● ● Article 21.8. Démarches administratives et sociales

À la suite d'une maladie ou d'un accident corporel, orientation vers les services appropriés ou recherche des informations nécessaires.

● ● **Article 21.9. Transmission de messages urgents**

En cas de nécessité, transmission de messages urgents à la famille.

● ● **Article 21.10. Prestations médicales en dehors des secours d'urgence**

Conseils médicaux, recherche d'un médecin en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, recherche d'une infirmière ou d'intervenants paramédicaux en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, organisation d'un transport en ambulance depuis le domicile de l'assuré vers un établissement de son choix (les frais de transport demeurant à la charge), livraison de médicaments si ni l'assuré ni l'un de ses proches n'est en mesure de se déplacer (le coût des médicaments restant à la charge de l'assuré).

En cas d'urgence, il convient de s'adresser en priorité aux services habilités (SAMU, pompiers, etc.) avant de faire appel à Médéric Assistance.

● ● **Article 21.11. Conditions d'application**

Les déplacements sont effectués en train (première classe) ou en avion de ligne (classe économique).

Certaines prestations, à l'exception de celles prévues en cas de décès et des conseils médicaux, ne peuvent être accordées que s'il existe une prescription médicale.

Médéric Assistance se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement entraînant son intervention.

Le Groupe Médéric se réserve également le droit de contrôler l'affiliation à Médéric Prévoyance de toute personne ayant bénéficié d'une intervention d'assistance santé à domicile.

Sauf exception justifiée par l'urgence, Médéric Prévoyance Assistance ne rembourse pas après-coup les dépenses engagées sans son accord préalable et à la seule initiative du participant.

Toute demande de remboursement doit être adressée exclusivement à :

Médéric Assistance
29 rue Cardinet
75858 Paris cedex 17

Médéric Assistance ne se substitue pas aux interventions des services publics et aux prestations et droits ouverts auprès des organismes sociaux et des employeurs.



MÉDÉRIC
PRÉVOYANCE

21 rue Laffitte
75317 Paris cedex 09
Tél. 01 56 03 34 56
Fax 01 56 03 45 67
www.mederic.com