

GENERALI FRANCE

Contrat Maladie – Chirurgie – Maternité

Socle N° 203 164



NOTICE D'INFORMATION

destinée à la catégorie de personnel assuré :

- **L'ENSEMBLE DES SALARIES DE L'UES,**
- **LES ANCIENS SALARIES INDIQUES EN ANNEXE.**

Sommaire

Comment adhérer et quelles sont vos garanties ?	3
Qui sont les bénéficiaires du régime ?	3
Quand débute la garantie ?	3
Quelles sont les formalités d'affiliation ?	3
Quels sont les remboursements prévus ?	3
Tableau de garanties	4
Votre réseau de soins	8
Le TIERS PAYANT : qu'est-ce que c'est ?	8
Comment se faire rembourser ?	9
Quelles sont les conditions de maintien ou de cessation de vos garanties ?	10
Le maintien de vos garanties	10
Quand cessent vos garanties ?	10
Quelles règles encadrent votre contrat ?	11
Le cadre de vos garanties	11
Le Contrat Responsable	11
Les Actes de Prévention	11
Territorialité	11
Réclamation	11
Médiation	11
Les clauses juridiques	11
Prescription	11
La protection de vos données personnelles	12
Lexique	15
Annexe 1 – Maintien des Garanties aux Inactifs	16
Qui sont les bénéficiaires du régime ?	16
Quelles sont les formalités d'affiliation ?	16
Quand cessent vos garanties ?	16
Quels sont les remboursements prévus ?	16
Tableau de garanties	17
Annexe 2 – Liste des sociétés composant l'UES	25

Qui sont les bénéficiaires du régime ?

Sont obligatoirement bénéficiaires :

➤ L'assuré

VOUS, salarié(e) de l'entreprise ayant souscrit le contrat, dès lors que vous appartenez à la catégorie de personnel assuré,

ou

VOUS, ancien(ne) salarié(e) de l'entreprise ayant souscrit le contrat, dès lors que vous apparteniez à la catégorie de personnel assuré et que vous bénéficiez du maintien de la garantie en vertu de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale à la souscription du contrat.

➤ Le conjoint

Votre époux(se) ou votre partenaire lié par un PACS, bénéficiant ou non de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale ou d'un autre régime.

A défaut, votre concubin est assimilé au conjoint. Votre concubin bénéficiant ou non de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale ou d'un autre régime, sous réserve que vous ayez transmis une attestation sur l'honneur de vie maritale.

➤ L'enfant

Votre enfant légitime, reconnu, adoptif, pupille de la nation à charge fiscale, ou remplissant l'une des conditions suivantes :

- être âgé de moins de 20 ans ;
- être âgé de moins de 28 ans et de poursuivre des études secondaires ou supérieures entraînant ou non l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des Etudiants,
- être âgé de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage ou contrat d'alternance,
- être âgé de moins de 28 ans et à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ayant terminé ses études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeur d'emploi,
- bénéficier des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005, quel que soit l'âge de l'enfant.

Sous réserve des conditions exposées ci-dessus et qu'il ait droit aux prestations en nature du régime général de la Sécurité sociale ou d'un autre régime, est considéré comme bénéficiaire :

- l'enfant pour lequel vous êtes tenu(e)s de verser une pension alimentaire fixée par décision de justice ou par convention, telle que prévue par les articles L229-1 et suivants du Code civil relatifs au divorce par consentement mutuel,

- l'enfant de votre conjoint (ou concubin) à leur charge fiscale et s'il a la garde de l'enfant.
- Votre enfant et celui de votre conjoint (concubin) ayant une déclaration de revenus distincte de celles des parents à condition qu'il ne soit pas imposable.

Quand débute la garantie ?

Seuls les soins engagés après l'admission du bénéficiaire peuvent faire l'objet d'un remboursement.

Vous bénéficiez, **obligatoirement**, de la garantie dès la prise d'effet du contrat ou dès que vous appartenez à la « catégorie de personnel assuré ».

Quelles sont les formalités d'affiliation ?

Vous êtes admis dans l'assurance dès la date de votre affiliation.

En cas de mariage, de naissance ou de réalisation des conditions prévues pour être bénéficiaire, après la date de votre affiliation, votre conjoint ou votre enfant est automatiquement admis dans l'assurance.

Quels sont les remboursements prévus ?

Le régime prévoit des remboursements complémentaires aux prestations en nature payées en application de l'article L321-1 à 3 du Code de la Sécurité sociale, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité atteignant un bénéficiaire.

Sauf mention contraire, les actes figurant dans le tableau ci-dessous ne sont remboursés que s'ils sont pris en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire français.

Nos remboursements ne peuvent excéder la différence entre le coût réel des frais engagés et le montant pris en charge par la Sécurité sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance.

Les limites de remboursement s'entendent **en complément** des remboursements de la Sécurité sociale, sauf indication contraire dans le tableau de garanties.

En secteur non conventionné, pour les actes de chirurgie, de radiologie et techniques médicaux, les consultations et visites des médecins, nos remboursements sont limités à ceux des médecins conventionnés non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Il est précisé, par ailleurs, que la base de remboursement sera, pour les médecins non conventionnés, celle du tarif d'autorité.

Pour les actes autres que ceux énumérés ci-dessus, en secteur non conventionné, la base de remboursement retenue est celle du secteur conventionné.

Tableau de garanties

Pour une lecture simplifiée de vos garanties, nous avons utilisé les abréviations suivantes :

- TM : Ticket Modérateur
- BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
- MR : Montant Remboursé par la Sécurité sociale
- FR : Frais Réels
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

NATURE DES SOINS		LIMITES DE REMBOURSEMENTS	
HOSPITALISATION y compris maternité (1)			
HOSPITALISATION CHIRURGICALE		CONVENTIONNES 100 % FR – MR	NON CONVENTIONNES 80 % FR – MR dans la limite de 800% BR
CHIRURGIE (ADC) hors chirurgie dentaire Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		CONVENTIONNES 100 % FR - MR 100% FR – MR dans la limite de 120% BR	NON CONVENTIONNES 200% BR 80 % FR – MR dans la limite de 120% BR
HOSPITALISATION MEDICALE		CONVENTIONNES 100 % FR – MR dans la limite de 600% BR	NON CONVENTIONNES 80 % FR – MR dans la limite de 600% BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (3)		100% FR	
CHAMBRE PARTICULIERE (2) (3) y compris maternité		100% FR – MR dans la limite de 5 % du PMSS par jour d'hospitalisation	
LIT D'ACCOMPAGNANT (2) (3) (enfant de moins de 16 ans)		100% FR – MR dans la limite de 5 % du PMSS par jour d'hospitalisation	
FRAIS MEDICAUX			
CONSULTATIONS, VISITES GENERALISTES Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		400 % BR 130% BR	
CONSULTATIONS, VISITES SPECIALISTES Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		400% BR 130% BR	
AUXILIAIRES MEDICAUX		400% BR	
ANALYSES		400% BR	
ACTES D'IMAGERIE (ADI) – RADIOS (Y COMPRIS RADIOS POUR IMPLANTS DENTAIRE) Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		400% BR 130% BR	
ACTES DE SPECIALITES - ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (ATM) - ACTES D'ECHOGRAPHIE (ADE) Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		450% BR 130% BR	
FRAIS DENTAIRE			
SOINS DENTAIRE (y compris chirurgie dentaire ADC)		450% BR	
INLAYS – ONLAYS • Panier « reste à charge maîtrisé » • Panier « tarif libre »		400% BR, limité au PLV – SS 400% BR	

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
INLAY-CORE <ul style="list-style-type: none"> Panier sans reste à charge Panier « reste à charge maîtrisé » Panier « tarif libre » 	100% FR – SS, limité au PLV - SS 400% BR, limité au PLV – SS 400% BR
PROTHESES DENTAIRES remboursées par la Sécurité sociale, y compris : <ul style="list-style-type: none"> Couronne provisoire Bridge, inter-bridge Panier sans reste à charge Panier « reste à charge maîtrisé » Panier « tarif libre » 	100% FR – SS, limité au PLV - SS 600% BR, limité au PLV – SS 600% BR
PROTHESES DENTAIRES non prises en charge par la Sécurité sociale (7), y compris : <ul style="list-style-type: none"> Couronne provisoire Bridge, inter-bridge Prothèse sur implant 	645 euros par dent
ORTHODONTIE remboursée par la Sécurité sociale	600% BR
ORTHODONTIE non prise en charge par la Sécurité sociale (7)	600% BR
IMPLANTOLOGIE (prothèse sur implant et chirurgie sur implant) remboursée par la Sécurité sociale	600% BR
IMPLANTOLOGIE (Implant et support de prothèse) non prise en charge par la Sécurité sociale (4) (7)	30% PMSS, par implant dans la limite de 4 implants par an et par bénéficiaire
PARODONTOLOGIE remboursée par la Sécurité sociale	450% BR
PARODONTOLOGIE non remboursée par la Sécurité sociale	200€ par an et par bénéficiaire
FRAIS D'OPTIQUE	
PAR EQUIPEMENT (Verres et monture) Classe A Classe B Dans la limite d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans à compter de la date d'achat par le bénéficiaire, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, par période d'un an. Le montant de prestations s'entend par équipement « verres + monture », avec un remboursement maximum de 100 euros pour la monture.	100% FR – SS, limité au PLV – SS (dont 30 euros maximum pour la monture) Cf. grille optique ci-après
LENTILLES DE CONTACT y compris jetables (2) (5)	12% PMSS par an et par bénéficiaire
CHIRURGIE DE L'OEIL non prise en charge par la Sécurité sociale (2)	20% PMSS par œil
AUTRES FRAIS	
PHARMACIE	100% TM
CONTRACEPTION PRESCRITE (y compris celle non remboursée par la Sécurité sociale)	110 euros par an
VACCINS (2) (6)	2% PMSS, par an et par bénéficiaire
PANSEMENTS	150% BR
ORTHOPEDIE ET PROTHESES AUTRES QUE DENTAIRES ET AUDITIVES	600 % du tarif de responsabilité de la SS

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS	
PROTHESE AUDITIVE (2)		
<ul style="list-style-type: none"> AIDE AUDITIVE DE CLASSE I (PAR OREILLE) <ul style="list-style-type: none"> Bénéficiaire âgé de moins de 20 ans ou patient atteint de cécité Bénéficiaire âgé d'au moins 20 ans AIDE AUDITIVE DE CLASSE II (PAR OREILLE) <ul style="list-style-type: none"> Bénéficiaire âgé de moins de 20 ans ou patient atteint de cécité Bénéficiaire âgé d'au moins 20 ans 	100% FR – SS, limité au PLV – SS 100% FR – SS, limité au PLV – SS 60% PMSS, par an et par bénéficiaire et par oreille 60% PMSS, par an et par bénéficiaire et par oreille	
CURE THERMALE	5% PMSS, porté à 20% PMSS pour les enfants de moins de 16 ans, dans la limite de 100% FR	
TRANSPORT DES MALADES remboursé par la Sécurité sociale	CONVENTIONNES	NON CONVENTIONNES
	100% FR – MR dans la limite de 600% BR	80% FR – MR dans la limite de 600% BR
TRANSPORT DES MALADES non pris en charge par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture)	60 euros par an et par bénéficiaire	
SANS PRESCRIPTION MEDICALE ET SUR FACTURE ETABLIE PAR LE PRATICIEN, OSTEOPATHE, CHIROPRACTEUR, ACUPUNCTEUR, HOMEOPATHE, MASSEUR-KINESITHEPEUTE, ORTHOPHONISTE, ORTHOPTISTE, PEDICURE – PODOLOGUE, ETIOPATHE, DIETETICIEN, MICROKINESITHEPEUTE, CRYOTHERAPEUTE & PSYCHOMOTRICIEN	15 % PMSS, pour l'ensemble du poste Avec un maximum de 8 consultations par an et par bénéficiaire	
OSTEODENSITOMETRIE (2)	4% PMSS, par an et par bénéficiaire	

GARANTIES ANNEXES

TIERS PAYANT	Garantie accordée
ASSISTANCE	Garanties détaillées dans le document joint
ASSISTANCE TELECONSULTATION	Garanties détaillées dans le document joint

- (1) Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par La Compagnie.
Les frais d'hospitalisation liés à l'accouchement sont pris en charge, y compris les frais de chambre particulière, dans les limites de remboursements définies ci-dessus.
Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérarium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité sociale sont compris dans la garantie.
La participation forfaitaire de 24 euros est prise en charge pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté à un coefficient égal ou supérieur à 60 ou supérieur à 120 euros.
- (2) Ces actes sont garantis qu'il y ait ou non intervention du régime de la Sécurité sociale.
- (3) La chambre particulière, le forfait journalier hospitalier et le lit accompagnant ne sont remboursés que dans le cadre d'une hospitalisation prise en charge par la Sécurité sociale.
- (4) Les frais relatifs à la réalisation d'un implant dentaire (autres que l'implant et support de prothèse) ne sont pas couverts par le contrat.
- (5) Pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale, dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueront sur la base de 100% du ticket modérateur.
- (6) A l'exclusion des vaccins suivants :
- encéphalite à tiques,
 - encéphalite japonaise,
 - fièvre jaune,
 - fièvre typhoïde,
 - méningite cérébro-spinale.
- (7) Les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Nomenclature ne sont pas remboursés par La Compagnie.

Grille Optique

Les prestations sont exprimées en euros et par équipement (verres + monture).
La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 euros.

CATEGORIE / EQUIPEMENT	TYPE DE VERRES	LIMITES DE REMBOURSEMENTS PAR EQUIPEMENT
a) Equipement composé de : 2 verres « simples »	Verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries	420 euros
b) Equipement composé de : 1 verre « simple » 1 verre « complexe »	Verres de catégorie a) Verres de catégorie c)	560 euros
c) Equipement composé de : 2 verres « complexes »	Verres simples foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et Verres multifocaux ou progressifs	700 euros
d) Equipement composé de : 1 verre « simple » 1 verre « très complexe »	Verres de catégorie a) Verres de catégorie f)	610 euros
e) Equipement composé de : 1 verre « complexe » 1 verre « très complexe »	Verres de catégorie c) Verres de catégorie f)	750 euros
f) Equipement composé de : 2 verres « très complexes »	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	800 euros

En l'absence de monture, les limites de remboursement pour les verres sont les suivants :

TYPES DE VERRES	LIMITES DE REMBOURSEMENT
<u>VERRES SIMPLE FOYER SPHERIQUES</u>	
Sphère de - 6,00 à + 6,00	160 euros, par verre
Sphère de - 6,25 à - 10,00 ou de + 6,25 à + 10,00	300 euros, par verre
Sphère hors zone de - 10,00 à + 10,00	300 euros, par verre
<u>VERRES SIMPLE FOYER SPHERO-CYLINDRIQUES</u>	
Cylindre inférieur ou égal à + 4,00, sphère de - 6,00 à + 6,00	160 euros, par verre
Cylindre inférieur ou égal à + 4,00, sphère hors zone de - 6,00 à + 6,00	300 euros, par verre
Cylindre supérieur à + 4,00, sphère de - 6,00 à + 6,00	300 euros, par verre
Cylindre supérieur à + 4,00, sphère hors zone de - 6,00 à + 6,00	300 euros, par verre
<u>VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES</u>	
Sphère de - 4,00 à + 4,00	300 euros, par verre
Sphère hors zone de - 4,00 à + 4,00	350 euros, par verre
<u>VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES</u>	
Quelle que soit la puissance du cylindre	
Sphère de -8,00 à + 8,00	300 euros, par verre
Sphère hors zone de - 8,00 à + 8,00	350 euros, par verre

Un accueil professionnel et des services personnalisés

Nous vous proposons d'accéder au réseau national d'opticiens partenaires de CARTE BLANCHE, soit près de 7 500 opticiens, indépendants ou franchisés avec de nombreuses enseignes nationales.

Des tarifs avantageux et des garanties gratuites supplémentaires

Le réseau national d'opticiens partenaires de CARTE BLANCHE vous permet de bénéficier de prestations de qualité tout en respectant une politique tarifaire modérée.

Le tiers payant est la garantie d'un reste à charge maîtrisé

Les garanties du contrat demeurent identiques que vous choisissiez un opticien du réseau CARTE BLANCHE ou non. Toutefois, en choisissant le réseau, vous ne faites pas l'avance des frais couverts par la garantie du contrat et l'opticien est en mesure de vous indiquer, immédiatement, le montant remboursé par le contrat.

Le TIERS PAYANT : qu'est-ce que c'est ?

La procédure de tiers payant vous dispense de faire l'avance du ticket modérateur auprès des professionnels de santé qui le pratiquent.

Pour recevoir votre carte de tiers payant, vous devez nous avoir transmis la photocopie de l'attestation VITALE de chaque bénéficiaire. Nous adressons alors à chaque bénéficiaire majeur sa carte de tiers payant mentionnant la période de garantie des droits (les bénéficiaires mineurs étant rattachés au bénéficiaire majeur). Une nouvelle carte sera fournie chaque année avec la mention de la période de garantie ; en cas de modification de la situation de famille, une nouvelle carte sera délivrée.

En cas de radiation d'un assuré ou en cas de résiliation du contrat, la Contractante s'engage à retirer les cartes et à les détruire. La Compagnie se réserve le droit de récupérer auprès de la Contractante toute somme indûment versée du fait de la non-observation de ces dispositions.

Comment se faire rembourser ?

Votre demande de remboursement doit être accompagnée des documents ci-dessous, ainsi que, le cas échéant, des décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance ou d'assurance, pour la même prestation.

(*) Dans tous les cas, si vous présentez votre carte de **TIERS PAYANT** aux **Professionnels de Santé** et/ou si votre **décompte de Sécurité sociale** nous est **télétransmis**, vous n'avez pas à nous adresser le **décompte de la Sécurité sociale**.

	Documents à nous transmettre
Hospitalisation	→ Décompte de la Sécurité sociale* (si secteur non conventionné) → Notes d'honoraires ou factures acquittées précisant la codification des actes ou la facture T2A acquittée
Frais Médicaux	→ Décompte de la Sécurité sociale*
Frais Dentaires	→ Décompte de la Sécurité sociale* → Facture détaillée des actes effectués
<ul style="list-style-type: none"> Prothèses Dentaires 	→ Décompte de la Sécurité sociale* → Facture détaillée et acquittée précisant le numéro de(s) dent(s) concernée(s) ainsi que les actes conformes à la Nomenclature en vigueur
Frais d'optique	
<ul style="list-style-type: none"> Lunettes (verres + monture) 	→ Décompte de la Sécurité sociale* → Ordonnance de prescription médicale → Facture détaillée et acquittée
<ul style="list-style-type: none"> Lentilles remboursées ou non prises en charge par la Sécurité sociale 	→ Ordonnance de prescription médicale datant de moins de 2 ans → Facture détaillée acquittée
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie réfractive 	→ Facture détaillée acquittée
Pharmacie	→ Décompte de la Sécurité sociale* → Facture acquittée
Pharmacie non prise en charge par la Sécurité sociale	→ Prescription médicale → Facture acquittée
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale	→ Prescription médicale → Facture acquittée
Sevrage tabagique	→ Prescription médicale → Facture acquittée
Orthopédie et Prothèses autres que dentaires	→ Décompte de la Sécurité sociale*
Prothèse auditive	→ Facture acquittée
Allocation naissance / adoption	→ Copie de l'acte de naissance ou copie du livret de famille comportant l'indication de la naissance ou de l'adoption de l'enfant → Justificatif de l'adoption de l'enfant
Cure Thermale	→ Décompte de la Sécurité sociale* → Facture acquittée
Transport	→ Décompte de la Sécurité sociale* ou facture du ticket modérateur
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur et micro kinésithérapeute	→ Facture acquittée, avec cachet et signature du praticien, précisant l'acte ouvrant droit au versement de la prestation et le bénéficiaire de l'acte
Ostéodensitométrie	→ Décompte de la Sécurité sociale *
Consultation en diététique d'un enfant de moins de 12 ans	→ Facture acquittée, avec cachet et signature du praticien, précisant le bénéficiaire de l'acte
Actes de prévention	→ Décompte de la Sécurité sociale*
Allocation d'obsèques	→ Acte de décès ou livret de famille ou autre justificatif de la situation de famille → Facture acquittée ou justificatif notarié précisant la personne ayant supporté les frais

Attention :

- Ne sont jamais prises en considération les factures et bordereaux d'honoraires d'un montant différent de celui déclaré à la Sécurité sociale.
- Nous nous réservons le droit de vous demander toute autre pièce que nous estimerions nécessaire à l'application de la garantie, à tout moment et quel que soit le montant de la prestation.

Le maintien de vos garanties

>> Votre contrat de travail est suspendu

En cas de suspension de votre contrat de travail avec maintien (partiel ou total) de votre rémunération, les garanties du contrat sont maintenues aux bénéficiaires, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante par l'intermédiaire de votre entreprise.

>> Votre contrat de travail est rompu et vous avez droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage

En vertu de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, vous bénéficiez du maintien de vos garanties dès lors que votre contrat de travail est rompu (sauf en cas de faute lourde) et que vous avez droit à la prise en charge par le Pôle Emploi.

Vous devez expressément nous formuler votre demande de maintien en nous retournant le « **Formulaire pour le maintien des garanties Santé** » dûment complété et signé, dans un délai de 10 jours à compter de la rupture de votre contrat de travail.

Le maintien de garanties cesse de plein droit :

- lorsque vous reprenez une activité professionnelle,
- lorsque vos droits aux allocations chômage cessent,
- au plus tard au terme défini par votre entreprise, dans la limite de 12 mois, selon la législation en vigueur
- en tout état de cause, en cas de résiliation du présent contrat.

>> Vous êtes expatriés

Vous bénéficiez du maintien de vos garanties dès lors que vous êtes expatriés inscrits à la Caisse des Français à l'Etranger (CFE).

Vous êtes considérés comme expatrié lorsque vous êtes envoyés à l'étranger par l'entreprise ayant souscrit le contrat pour une mission de longue durée si :

- votre contrat de travail est suspendu avec l'entreprise ayant souscrit le contrat, et,
- si vous ne bénéficiez plus de l'assurance maladie française mais d'un régime souscrit auprès de la Caisse des Français de l'étranger (CFE).

Vous devez expressément nous formuler votre demande de maintien en nous retournant le « **Formulaire pour le maintien des garanties Santé** » dûment complété et signé, dans un délai de 30 jours à compter de la date d'expatriation.

La garantie prend effet le jour de l'expatriation. Elle est maintenue pendant toute la durée d'expatriation.

Le maintien de garanties cesse :

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

En cas de cessation du présent maintien ou de résiliation du contrat, vous pouvez demander à bénéficier de « Notre proposition de maintien de la couverture MALADIE – CHIRURGIE – MATERNITE ».

Il est précisé que l'ensemble des cotisations versées au titre des salariés expatriés ne bénéficie d'aucun avantage fiscal et social.

>> Vous êtes inactifs

Le maintien de vos garanties est précisé en annexe II.

>> Notre proposition de maintien de votre couverture « Maladie – Chirurgie – Maternité »

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi EVIN, vous pouvez bénéficier du maintien de vos garanties en adhérant au contrat d'accueil que nous avons mis en place à cet effet, si vous êtes dans l'une des deux situations suivantes :

- anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la sortie de la « catégorie de personnel assuré » ;
- ayants-droit couvert au titre d'un salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois suivant le décès.

Votre adhésion est effective, au plus tard le lendemain du jour de la réception de votre demande. Les tarifs applicables sont alors plafonnés par rapport aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans les conditions fixées par le décret n°2017-372 du 21 mars 2017.

Quand cessent vos garanties ?

Si vous ne bénéficiez pas d'un maintien précité, vos garanties cessent :

- ▶ au terme du maintien des garanties en application de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale,
- ▶ le jour où votre contrat de travail est rompu, si vous avez expressément refusé le maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale,
- ▶ le jour de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale, quelle qu'en soit la cause, (sauf en cas de cumul emploi-retraite).

En tout état de cause, vous et l'ensemble des bénéficiaires qui vous sont rattachés, êtes radiés de plein droit :

- **dès que vous cessez d'appartenir à la « catégorie de personnel assuré »** même si, par erreur, la cotisation n'a pas cessé d'être versée,
- **à la date de résiliation du contrat** (la résiliation du contrat entraîne de plein droit la radiation de tous les bénéficiaires présents à la date de résiliation).

Quelles règles encadrent votre contrat ?

Le cadre de vos garanties

Le Contrat Responsable

Le contrat s'inscrit dans le cadre législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « Contrats Responsables » (article L871-1 du Code de la Sécurité sociale, autres décrets et arrêtés applicables).

Il est qualifié de « responsable » et répond à l'ensemble des règles définies aux articles R871-1 et 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend, notamment, pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie.

En cas d'évolutions législatives ou réglementaires régissant les « Contrats Responsables », les garanties du contrat feront l'objet de modifications de plein droit pour rester en conformité avec ce cadre juridique.

Les Actes de Prévention

L'ensemble des actes de prévention prévu au titre de l'article R871-2 II du Code de la Sécurité sociale est pris en charge.

Territorialité

Les soins effectués à l'étranger ne sont pas remboursés dès lors qu'il n'y a pas de prise en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Réclamation

Pour toute réclamation relative à la gestion de la présente notice, des cotisations ou encore des sinistres, **l'Assuré et/ou le Bénéficiaire doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel** qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Si l'Assuré et/ou le Bénéficiaire ne reçoit pas une réponse satisfaisante, l'Assuré et/ou le Bénéficiaire peut adresser sa **réclamation écrite par courrier postal** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

Generali - Réclamations
TSA 70100
75309 PARIS CEDEX 09.

Nous accuserons réception de la demande et y répondrons dans les meilleurs délais.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous, nous ou un de vos bénéficiaires.

Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française de l'Assurance, Generali applique la charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par notre Service Réclamations, vous pouvez, saisir le Médiateur de la FFA, en écrivant à :

M. Le Médiateur de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09.

Votre demande de médiation est obligatoirement formulée par écrit et comprend les informations suivantes avec photocopie des documents correspondants :

- Les dates des principaux événements à l'origine du différend ;
- Les décisions ou réponses qui sont contestées ;
- Le numéro du contrat d'assurance et celui du dossier en cas de sinistre.
- La présentation argumentée de votre désaccord au regard des éléments de réponse déjà fournis par Generali.
- Il est impératif de joindre la photocopie des courriers échangés avec Generali et notamment la dernière réponse du Service Réclamations qui montrera au Médiateur que les procédures internes de règlement des litiges sont épuisées.

Le recours au médiateur est gratuit.

Après avoir été saisi du litige, le médiateur recueille les informations qui lui sont nécessaires pour instruire le dossier et rend un avis dans un délai de trois mois. Cet avis ne s'impose ni à vous ni à nous et vous conservez le droit de saisir le tribunal.

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'une fois la réponse apportée à votre demande par le Service Réclamation.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

Les clauses juridiques

Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances reproduit ci-dessous :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° en cas de sinistre, 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'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents, atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».

Conformément aux dispositions de l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment :

- l'action en justice jusqu'à l'extinction de l'instance,
- l'acte d'exécution forcé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La protection de vos données personnelles

Les données ont pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve de votre consentement ou de votre droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-après les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement.

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de mesures précontractuelles telles que délivrance de conseil, devis ...
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins, de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire).	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée y compris le profilage lié à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre la fraude afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat - Prospection commerciale et profilage lié à la prospection commerciale pour vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection.
Traitement des données de santé à des fins de protection sociale	<p>Versement des prestations pour les contrats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remboursement de frais de soins - Prévoyance complémentaire - Retraite supplémentaire

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous

Catégories de données susceptibles de nous être transmises :

- Etat civil, identité, données d'identification
- Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- Numéro d'identification national unique

Source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que Generali Vie met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par Generali Vie. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de Generali Vie. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 1649 ter du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées à votre contrat peuvent être transmis par l'Assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFiP) pour alimenter le fichier des

contrats d'assurance vie (FICOVIE). Ces données sont également accessibles sur demande auprès du Centre des Impôts dont dépend votre domicile. Vous disposez d'un droit de rectification de ces informations auprès de l'Assureur.

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe Generali, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires Generali Vie pourra communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe Generali a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données. Aujourd'hui, nos data centers sont localisés en France, en Italie et en Allemagne, sur lesquels sont hébergées vos données.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe Generali par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors Union Européenne sont des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel.

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat en référence aux délais de prescriptions légales, et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- D'un droit d'accès : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant dont nous disposons et demander que l'on vous en communique l'intégralité.
- D'un droit de rectification : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- D'un droit de suppression : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement.
- Du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès.
- D'un droit à la limitation du traitement : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles.
- D'un droit à la portabilité des données : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires

au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible.

- D'un droit de retrait : Vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation. Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- **D'un droit d'opposition : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale.** Vous pouvez exercer ce droit, sur simple demande, accompagnée d'une copie de votre titre d'identité à l'adresse électronique suivante droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante

Generali – Conformité
TSA 70100
75309 PARIS CEDEX 09.

- **D'un droit à introduire une réclamation :** vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision.

Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance, certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer à l'adresse ci-dessus.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse électronique droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante :

Generali - Conformité
Délégué à la protection des données personnelles
TSA 70100

Lexique

B

Base de remboursement de la Sécurité sociale

C'est le tarif fixé par la Sécurité sociale pour tout acte pratiqué par un professionnel de santé. Il sert de base au calcul du remboursement de la Sécurité sociale. Ce terme a remplacé celui de tarif de responsabilité qui était utilisé précédemment et qui se divisait en deux :

- Tarif de convention pour les médecins conventionnés ;
- Tarif d'autorité pour les médecins non conventionnés.

C

Conventionné / non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire.

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession.

Ils peuvent pratiquer un tarif :

- soit fixe sans dépassement d'honoraires (Secteur 1). Les honoraires correspondent aux tarifs qui servent de base au remboursement de la caisse d'assurances maladie,
- soit à honoraires libres (secteur 2). Les tarifs pratiqués par les médecins sont libres et fixés par le médecin et donc enclins aux dépassements d'honoraires.

Les professionnels de santé sont dits « hors convention » lorsqu'ils n'ont pas signé de convention avec la Sécurité sociale (Secteur 3). Les médecins fixent librement leurs tarifs, avec des possibilités de dépassements d'honoraires.

Établissement de santé conventionné

Au sens de la notice d'information, on entend par ce terme aussi bien :

. L'Hôpital public : les frais sont payés directement par la Sécurité sociale à l'hôpital. Le ticket modérateur, le forfait journalier, la chambre particulière ou les frais annexes restent éventuellement à la charge de l'Assuré(e).

. Et l'Établissement privé : les frais sont également pris en charge par la Sécurité sociale. Les tarifs font l'objet d'une convention entre la Sécurité sociale et l'établissement hospitalier.

Établissement de santé non conventionné

Au sens de la notice d'information, on entend par ce terme aussi bien :

. L'établissement agréé par la Sécurité sociale : le tarif de remboursement est inférieur à celui appliqué en secteur conventionné.

. Et l'établissement non conventionné et non agréé : la Sécurité sociale n'accorde aucun remboursement.

F

Frais réels

Ce sont les dépenses réellement engagées par l'assuré et les bénéficiaires du contrat.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire depuis le 1^{er} Janvier 2008.

M

Médecins signataires / non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Il s'agit des médecins ayant choisi d'adhérer à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Ces médecins sont signataires de la convention médicale et exercent en secteur 1 ou 2.

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et se rapportent à deux options qui sont, selon la spécialité médicale exercée par le professionnel :

- l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), ou
- l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM CO), pour les médecins exerçant en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.

Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Il s'agit des médecins, conventionnés ou non, qui n'ont adhéré ni à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), ni à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM CO).

Vous trouverez le secteur d'exercice de votre médecin et son éventuelle adhésion aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, en consultant [l'annuaire santé d'ameli.fr](http://annuaire.santé.ameli.fr). (www.annuaire.santé.ameli.fr)

En tout état de cause, dans le « contrat responsable », le remboursement prévu pour la consultation d'un médecin signataire bénéficiera du meilleur remboursement prévu au contrat pour ce poste.

P

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Il est revalorisé par décret chaque année. **A titre indicatif**, au 1^{er} Janvier 2019, sa valeur est de **3377 €**. Pour rappel, sa valeur au 1^{er} Janvier 2018 est de 3311 € (le montant du plafond de la Sécurité sociale est indiqué sur le site : ameli.fr).

T

Tarif d'autorité

C'est un tarif forfaitaire sur lequel l'Assurance Maladie se base pour calculer le remboursement d'un acte médical dispensé par un médecin non conventionné.

Taux de remboursement de la Sécurité sociale

C'est le taux sur lequel la Sécurité sociale se base pour effectuer ses remboursements. Il s'applique sur la base de remboursement de la Sécurité sociale et varie en fonction de l'acte médical.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire. Il demeure à la charge de l'assuré.

Annexe 1 – Maintien des Garanties aux Inactifs

Qui sont les bénéficiaires du régime ?

Pour des facilités de gestion, la paiement des cotisations et prestations sont enregistrés sous les références suivantes (à rappeler dans toute correspondance) :

- 2 1 000 946 pour le régime de base,
- 2 1 009 383 pour le régime alternatif.

Vous êtes ancien salarié de l'une des structures de l'UES GENERALI France et vous avez obtenu la liquidation de votre pension de retraite du régime d'assurance vieillesse de la Sécurité sociale dès la rupture de votre contrat de travail ou vous êtes ex-salarié autre que retraité si vous vous trouvez dans une des situations suivantes :

- salarié faisant valoir vos droits à un régime de préretraite,
- salarié en état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente au moment de la rupture de votre contrat de travail,
- salarié licencié sous réserve que vous soyez bénéficiaire des allocations de Pôle Emploi,
- salarié dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération,

Si vous venez à décéder durant votre période d'activité salariée ou durant une période de congés sans solde votre conjoint et vos enfants à charge tels que définis à l'article « Bénéficiaires », peuvent bénéficier de la garantie par votre intermédiaire.

Quelles sont les formalités d'affiliation ?

Vous devez expressément nous formuler votre demande de maintien en nous retournant le « **Formulaire pour le maintien des garanties Santé** » dûment complété et signé, dans un délai de 30 jours à compter de la suspension du contrat de travail si vous bénéficiez d'un congé sans solde ou dans un délai de 6 mois suivant la rupture du contrat de travail, au plus tôt au terme des garanties au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties sont maintenues pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail, de la retraite, de la préretraite ou d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité ou d'incapacité permanente.

Si vous avez été licencié, à l'issue de la période de maintien des dispositions de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les garanties vous sont maintenues tant que vous percevez les allocations du Pôle Emploi, y compris pendant les délais de carence appliqués par le Pôle Emploi et lorsque, par suite d'un accident ou d'une maladie, l'allocation versée par le régime du Pôle Emploi, est remplacée temporairement par les prestations espèces de la Sécurité Sociale.

Si vous bénéficiez du présent contrat et que vous décédez, les garanties sont maintenues au profit de votre conjoint et enfant à charge dans les limites indiquées au paragraphe « **Quand cessent vos garanties** ».

Quand cessent vos garanties ?

Le maintien des garanties cessent :

- dès le versement par la Sécurité sociale de la pension de vieillesse,
- en même temps que cesse la préretraite,
- en cas de suspension des indemnités journalières, de la rente d'invalidité ou d'incapacité, au titre de l'assurance maladie ou des accidents du travail ou maladies professionnelles,
- en cas de suppression des allocations du Pôle Emploi,
- si vous reprenez une activité professionnelle,
- en cas de non –paiement de la cotisation,
- au plus tard 12 mois après la date de votre décès en cours d'activité ou en congés sans solde, pour votre conjoint,
- en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

Il est précisé que si la suppression des indemnités ou allocations définies ci-dessus est la conséquence de l'entrée en jouissance d'une pension de retraite, le maintien des garanties se poursuit.

En cas de cessation du présent maintien ou de résiliation du contrat, et en tant que assuré présent dans cette annexe vous serez transférés au nouvel assureur. A défaut vous pouvez demander à bénéficier de « Notre proposition de maintien de la couverture MALADIE – CHIRURGIE – MATERNITE ».

Quels sont les remboursements prévus ?

Le régime prévoit des remboursements complémentaires aux prestations en nature payées en application de l'article L321-1 à 3 du Code de la Sécurité sociale, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité atteignant un bénéficiaire.

Sauf mention contraire, les actes figurant dans le tableau ci-dessous ne sont remboursés que s'ils sont pris en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire français.

Nos remboursements ne peuvent excéder la différence entre le coût réel des frais engagés et le montant pris en charge par la Sécurité sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance.

Les limites de remboursement s'entendent **en complément** des remboursements de la Sécurité sociale, sauf indication contraire dans le tableau de garanties.

En secteur non conventionné, pour les actes de chirurgie, de radiologie et techniques médicaux, les consultations et visites des médecins, nos remboursements sont limités à ceux des médecins conventionnés non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Il est précisé, par ailleurs, que la base de remboursement sera, pour les médecins non conventionnés, celle du tarif d'autorité.

Pour les actes autres que ceux énumérés ci-dessus, en secteur non conventionné, la base de remboursement retenue est celle du secteur conventionné.

Tableau de garanties

Vous choisissez l'un des deux régimes sus mentionnés. Il est expressément convenu qu'à défaut de choix clairement exprimé du régime alternatif, le régime de base s'applique.

Le régime retenu s'applique dans tous les cas, obligatoirement, à tous les bénéficiaires.

En cas de changement de situation de famille, vous avez la possibilité de changer de régime dans les 3 mois qui suivent ce changement ; la nouvelle garantie prenant effet le 1er jour du mois suivant la réception de la demande, le cachet de la poste faisant foi. La situation de famille prise en compte est celle au moment de la demande.

A effet du 1er janvier, sous réserve que la demande parvienne à la Compagnie avant le 30 novembre de l'année précédente, le cachet de la poste faisant foi :

- si vous êtes affiliés au régime de base vous avez la possibilité d'opter pour le régime alternatif pour une durée minimum de 2 ans (sauf en cas de changement de situation de famille) ;
- si vous avez opté pour le régime alternatif vous avez la possibilité de modifier votre choix après une durée d'inscription de 2 ans à ce dernier (sauf en cas de changement de situation de famille) ;
- le choix du régime s'applique pour une durée minimale de deux ans (sauf en cas de changement de situation de famille).

REGIME DE BASE

Pour une lecture simplifiée de vos garanties, nous avons utilisé les abréviations suivantes :

- TM : Ticket Modérateur
- BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
- MR : Montant Remboursé par la Sécurité sociale
- FR : Frais Réels
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

NATURE DES SOINS		LIMITES DE REMBOURSEMENTS	
HOSPITALISATION y compris maternité (1)			
HOSPITALISATION CHIRURGICALE		CONVENTIONNES 100 % FR – MR	NON CONVENTIONNES 80 % FR – MR dans la limite de 800% BR
CHIRURGIE (ADC) hors chirurgie dentaire Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		CONVENTIONNES 100 % FR - MR 100% FR – MR dans la limite de 120% BR	NON CONVENTIONNES 200% BR 80 % FR – MR dans la limite de 120% BR
HOSPITALISATION MEDICALE		CONVENTIONNES 100 % FR – MR dans la limite de 600% BR	NON CONVENTIONNES 80 % FR – MR dans la limite de 600% BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (3)		100% FR	
CHAMBRE PARTICULIERE (2) (3) y compris maternité		100% FR – MR dans la limite de 5 % du PMSS par jour d'hospitalisation	
LIT D'ACCOMPAGNANT (2) (3) (enfant de moins de 16 ans)		100% FR – MR dans la limite de 5 % du PMSS par jour d'hospitalisation	
FRAIS MEDICAUX			
CONSULTATIONS, VISITES GENERALISTES Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		400 % BR 130% BR	
CONSULTATIONS, VISITES SPECIALISTES Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		400% BR 130% BR	
AUXILIAIRES MEDICAUX		400% BR	
ANALYSES		400% BR	
ACTES D'IMAGERIE (ADI) – RADIOS (Y COMPRIS RADIOS POUR IMPLANTS DENTAIRE) Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		400% BR 130% BR	
ACTES DE SPECIALITES - ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (ATM) - ACTES D'ECHOGRAPHIE (ADE) Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		450% BR 130% BR	
FRAIS DENTAIRE			
SOINS DENTAIRE (y compris chirurgie dentaire ADC)		450% BR	
INLAYS – ONLAYS • Panier « reste à charge maîtrisé » • Panier « tarif libre »		400% BR, limité au PLV – SS 400% BR	

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
INLAY-CORE <ul style="list-style-type: none"> Panier sans reste à charge Panier « reste à charge maîtrisé » Panier « tarif libre » 	100% FR – SS, limité au PLV - SS 400% BR, limité au PLV – SS 400% BR
PROTHESES DENTAIRES remboursées par la Sécurité sociale, y compris : <ul style="list-style-type: none"> Couronne provisoire Bridge, inter-bridge Panier sans reste à charge Panier « reste à charge maîtrisé » Panier « tarif libre » 	100% FR – SS, limité au PLV - SS 600% BR, limité au PLV – SS 600% BR
PROTHESES DENTAIRES non prises en charge par la Sécurité sociale (7), y compris : <ul style="list-style-type: none"> Couronne provisoire Bridge, inter-bridge Prothèse sur implant 	645 euros par dent
ORTHODONTIE remboursée par la Sécurité sociale	600% BR
ORTHODONTIE non prise en charge par la Sécurité sociale (7)	600% BR
IMPLANTOLOGIE (prothèse sur implant et chirurgie sur implant) remboursée par la Sécurité sociale	600% BR
IMPLANTOLOGIE (Implant et support de prothèse) non prise en charge par la Sécurité sociale (4) (7)	30% PMSS, par implant dans la limite de 4 implants par an et par bénéficiaire
PARODONTOLOGIE remboursée par la Sécurité sociale	450% BR
PARODONTOLOGIE non remboursée par la Sécurité sociale	200€ par an et par bénéficiaire
FRAIS D'OPTIQUE	
PAR EQUIPEMENT (Verres et monture) Classe A Classe B Dans la limite d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans à compter de la date d'achat par le bénéficiaire, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, par période d'un an. Le montant de prestations s'entend par équipement « verres + monture », avec un remboursement maximum de 150 euros pour la monture.	100% FR – SS, limité au PLV – SS (dont 30 euros maximum pour la monture) Cf. grille optique ci-après
LENTILLES DE CONTACT y compris jetables (2) (5)	12% PMSS par an et par bénéficiaire
CHIRURGIE DE L'OEIL non prise en charge par la Sécurité sociale (2)	20% PMSS par œil
AUTRES FRAIS	
PHARMACIE	100% TM
CONTRACEPTION PRESCRITE (y compris celle non remboursée par la Sécurité sociale)	110 euros par an
VACCINS (2) (6)	2% PMSS, par an et par bénéficiaire
PANSEMENTS	150% BR
ORTHOPEDIE ET PROTHESES AUTRES QUE DENTAIRES ET AUDITIVES	600 % du tarif de responsabilité de la SS

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS	
PROTHESE AUDITIVE (2) <ul style="list-style-type: none">AIDE AUDITIVE DE CLASSE I (PAR OREILLE)<ul style="list-style-type: none">Bénéficiaire âgé de moins de 20 ans ou patient atteint de cécitéBénéficiaire âgé d'au moins 20 ansAIDE AUDITIVE DE CLASSE II (PAR OREILLE)<ul style="list-style-type: none">Bénéficiaire âgé de moins de 20 ans ou patient atteint de cécitéBénéficiaire âgé d'au moins 20 ans	100% FR – SS, limité au PLV – SS 100% FR – SS, limité au PLV – SS 60% PMSS, par an et par bénéficiaire et par oreille 60% PMSS, par an et par bénéficiaire et par oreille	
CURE THERMALE	5% PMSS, porté à 20% PMSS pour les enfants de moins de 16 ans, dans la limite de 100% FR	
TRANSPORT DES MALADES remboursé par la Sécurité sociale	CONVENTIONNES 100% FR – MR dans la limite de 600% BR	NON CONVENTIONNES 80% FR – MR dans la limite de 600% BR
TRANSPORT DES MALADES non pris en charge par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture)	60 euros par an et par bénéficiaire	
SANS PRESCRIPTION MEDICALE ET SUR FACTURE ETABLIE PAR LE PRATICIEN, OSTEOPATHE, CHIROPRACTEUR, ACUPUNCTEUR, HOMEOPATHE, MASSEUR-KINESITHERAPEUTE, ORTHOPHONISTE, ORTHOPTISTE, PEDICURE – PODOLOGUE, ETIOPATHE, DIETETICIEN, MICROKINESITHERAPEUTE, CRYOTHERAPEUTE & PSYCHOMOTRICIEN	15 % PMSS, pour l'ensemble du poste Avec un maximum de 8 consultations par an et par bénéficiaire	
OSTEODENSITOMETRIE (2)	4% PMSS, par an et par bénéficiaire	
GARANTIES ANNEXES		
TIERS PAYANT	Garantie accordée	
ASSISTANCE	Garanties détaillées dans le document joint	
ASSISTANCE TELECONSULTATION	Garanties détaillées dans le document joint	

- (1) Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par La Compagnie.
Les frais d'hospitalisation liés à l'accouchement sont pris en charge, y compris les frais de chambre particulière, dans les limites de remboursements définies ci-dessus.
Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérilum, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité sociale sont compris dans la garantie.
La participation forfaitaire de 24 euros est prise en charge pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté à un coefficient égal ou supérieur à 60 ou supérieur à 120 euros.
- (2) Ces actes sont garantis qu'il y ait ou non intervention du régime de la Sécurité sociale.
- (3) La chambre particulière, le forfait journalier hospitalier et le lit accompagnant ne sont remboursés que dans le cadre d'une hospitalisation prise en charge par la Sécurité sociale.
- (4) Les frais relatifs à la réalisation d'un implant dentaire (autres que l'implant et support de prothèse) ne sont pas couverts par le contrat.
- (5) Pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale, dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueront sur la base de 100% du ticket modérateur.
- (6) A l'exclusion des vaccins suivants :
- encéphalite à tiques,
 - encéphalite japonaise,
 - fièvre jaune,
 - fièvre typhoïde,
 - méningite cérébro-spinale.
- (7) Les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Nomenclature ne sont pas remboursés par La Compagnie.

Grille Optique

Les prestations sont exprimées en euros et par équipement (verres + monture).
La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 euros.

CATEGORIE / EQUIPEMENT	TYPE DE VERRES	LIMITES DE REMBOURSEMENTS PAR EQUIPEMENT
g) Equipement composé de : 2 verres « simples »	Verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries	420 euros
h) Equipement composé de : 1 verre « simple » 1 verre « complexe »	Verres de catégorie a) Verres de catégorie c)	560 euros
i) Equipement composé de : 2 verres « complexes »	Verres simples foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et Verres multifocaux ou progressifs	700 euros
j) Equipement composé de : 1 verre « simple » 1 verre « très complexe »	Verres de catégorie a) Verres de catégorie f)	610 euros
k) Equipement composé de : 1 verre « complexe » 1 verre « très complexe »	Verres de catégorie c) Verres de catégorie f)	750 euros
l) Equipement composé de : 2 verres « très complexes »	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	800 euros

En l'absence de monture, les limites de remboursement pour les verres sont les suivants :

TYPES DE VERRES	LIMITES DE REMBOURSEMENT
<u>VERRES SIMPLE FOYER SPHERIQUES</u>	
Sphère de - 6,00 à + 6,00	160 euros, par verre
Sphère de - 6,25 à - 10,00 ou de + 6,25 à + 10,00	300 euros, par verre
Sphère hors zone de - 10,00 à + 10,00	300 euros, par verre
<u>VERRES SIMPLE FOYER SPHERO-CYLINDRIQUES</u>	
Cylindre inférieur ou égal à + 4,00, sphère de - 6,00 à + 6,00	160 euros, par verre
Cylindre inférieur ou égal à + 4,00, sphère hors zone de - 6,00 à + 6,00	300 euros, par verre
Cylindre supérieur à + 4,00, sphère de - 6,00 à + 6,00	300 euros, par verre
Cylindre supérieur à + 4,00, sphère hors zone de - 6,00 à + 6,00	300 euros, par verre
<u>VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES</u>	
Sphère de - 4,00 à + 4,00	300 euros, par verre
Sphère hors zone de - 4,00 à + 4,00	350 euros, par verre
<u>VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES</u>	
Quelle que soit la puissance du cylindre	
Sphère de -8,00 à + 8,00	300 euros, par verre
Sphère hors zone de - 8,00 à + 8,00	350 euros, par verre

REGIME ALTERNATIF

Pour une lecture simplifiée de vos garanties, nous avons utilisé les abréviations suivantes :

- TM : Ticket Modérateur
- BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
- MR : Montant Remboursé par la Sécurité sociale
- FR : Frais Réels
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS	
HOSPITALISATION y compris maternité (1)		
HOSPITALISATION CHIRURGICALE	CONVENTIONNES 100 % FR – MR dans la limite de 300% BR	NON CONVENTIONNES 100% TM
CHIRURGIE (ADC) hors chirurgie dentaire	CONVENTIONNES 100 % FR – MR dans la limite de 300% BR	NON CONVENTIONNES 100% TM
Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% FR – MR dans la limite de 120% BR	100% TM
Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		
HOSPITALISATION MEDICALE	CONVENTIONNES 100 % FR – MR dans la limite de 300% BR	NON CONVENTIONNES 100% TM
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (3)	100% FR	
CHAMBRE PARTICULIERE (2) (3) y compris maternité	100% FR – MR dans la limite de 1,5 % du PMSS par jour d'hospitalisation	
LIT D'ACCOMPAGNANT (2) (3) (enfant de moins de 16 ans)	100% FR – MR dans la limite de 1,5 % du PMSS par jour d'hospitalisation	
FRAIS MEDICAUX		
CONSULTATIONS, VISITES GENERALISTES		
Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % BR	
Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	
CONSULTATIONS, VISITES SPECIALISTES		
Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	
Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	
AUXILIAIRES MEDICAUX	200% BR	
ANALYSES	200% BR	
ACTES D'IMAGERIE (ADI) – RADIOS (Y COMPRIS RADIOS POUR IMPLANTS DENTAIRE)		
Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	
Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	
ACTES DE SPECIALITES - ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (ATM) - ACTES D'ECHOGRAPHIE (ADE)		
Médecins signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	
Médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS
FRAIS DENTAIRES	
SOINS DENTAIRES (y compris chirurgie dentaire ADC)	200% BR
INLAYS – ONLAYS <ul style="list-style-type: none"> Panier « reste à charge maîtrisé » Panier « tarif libre » 	300% BR, limité au PLV – SS 300% BR
INLAY-CORE <ul style="list-style-type: none"> Panier sans reste à charge Panier « reste à charge maîtrisé » Panier « tarif libre » 	100% FR – SS, limité au PLV - SS 300% BR, limité au PLV – SS 300% BR
PROTHESES DENTAIREs remboursées par la Sécurité sociale, y compris : <ul style="list-style-type: none"> Couronne provisoire Bridge, inter-bridge Panier sans reste à charge Panier « reste à charge maîtrisé » Panier « tarif libre » 	100% FR – SS, limité au PLV - SS 300% BR, limité au PLV – SS 300% BR
PROTHESES DENTAIREs non prises en charge par la Sécurité sociale (7), y compris : <ul style="list-style-type: none"> Couronne provisoire Bridge, inter-bridge Prothèse sur implant 	322,50 euros par dent, dans la limite de 3 dents par an et par bénéficiaire
ORTHODONTIE remboursée par la Sécurité sociale	200% BR
ORTHODONTIE non prise en charge par la Sécurité sociale (7)	200% BR
IMPLANTOLOGIE (prothèse sur implant et chirurgie sur implant) remboursée par la Sécurité sociale	300% BR
IMPLANTOLOGIE (Implant et support de prothèse) non prise en charge par la Sécurité sociale (4) (7)	10% PMSS, par implant dans la limite de 4 implants par an et par bénéficiaire
PARODONTOLOGIE remboursée par la Sécurité sociale	200% BR
FRAIS D'OPTIQUE	
PAR EQUIPEMENT (Verres et monture) Classe A Classe B <ul style="list-style-type: none"> Verres Monture <p>Dans la limite d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans à compter de la date d'achat par le bénéficiaire, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, par période d'un an. La limite de remboursement par équipement est fixé à 420 euros.</p>	100% FR – SS, limité au PLV – SS (dont 30 euros maximum pour la monture) 5% PMSS par verre 4% PMSS
LENTILLES DE CONTACT y compris jetables (2) (5)	5% PMSS par an et par bénéficiaire
AUTRES FRAIS	
PHARMACIE	100% TM
CONTRACEPTION PRESCRITE (y compris celle non remboursée par la Sécurité sociale)	110 euros par an
VACCINS (2)	2% PMSS, par an et par bénéficiaire
PANSEMENTS	100% BR
ORTHOPEDIE ET PROTHESES AUTRES QUE DENTAIREs ET AUDITIVES	300 % du tarif de responsabilité de la SS

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS	
PROTHESE AUDITIVE (2) <ul style="list-style-type: none">AIDE AUDITIVE DE CLASSE I (PAR OREILLE)<ul style="list-style-type: none">Bénéficiaire âgé de moins de 20 ans ou patient atteint de cécitéBénéficiaire âgé d’au moins 20 ansAIDE AUDITIVE DE CLASSE II (PAR OREILLE)<ul style="list-style-type: none">Bénéficiaire âgé de moins de 20 ans ou patient atteint de cécitéBénéficiaire âgé d’au moins 20 ans	100% FR – SS, limité au PLV – SS 100% FR – SS, limité au PLV – SS 40% PMSS, par an et par bénéficiaire et par oreille 40% PMSS, par an et par bénéficiaire et par oreille	
CURE THERMALE	3% PMSS, dans la limite de 100% FR	
TRANSPORT DES MALADES remboursé par la Sécurité sociale	<u>CONVENTIONNES</u>	<u>NON CONVENTIONNES</u>
	100% TM	100% TM
OSTEOPATHE, CHIROPRACTEUR (2)	4 % PMSS, pour l'ensemble du poste Avec un maximum de 3 consultations par an et par bénéficiaire	
OSTEODENSITOMETRIE (2)	2% PMSS, par an et par bénéficiaire	
GARANTIES ANNEXES		
TIERS PAYANT	Garantie accordée	
ASSISTANCE	Garanties détaillées dans le document joint	
ASSISTANCE TELECONSULTATION	Garanties détaillées dans le document joint	

(1) Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par La Compagnie.

Les frais d'hospitalisation liés à l'accouchement sont pris en charge, y compris les frais de chambre particulière, dans les limites de remboursements définies ci-dessus.

Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérarium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité sociale sont compris dans la garantie.

La participation forfaitaire de 24 euros est prise en charge pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté à un coefficient égal ou supérieur à 60 ou supérieur à 120 euros.

(2) Ces actes sont garantis qu'il y ait ou non intervention du régime de la Sécurité sociale.

(3) La chambre particulière, le forfait journalier hospitalier et le lit accompagnant ne sont remboursés que dans le cadre d'une hospitalisation prise en charge par la Sécurité sociale.

(4) Les frais relatifs à la réalisation d'un implant dentaire (autres que l'implant et support de prothèse) ne sont pas couverts par le contrat.

(5) Pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale, dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueront sur la base de 100% du ticket modérateur.

(6) A l'exclusion des vaccins suivants :

- encéphalite à tiques,
- encéphalite japonaise,
- fièvre jaune,
- fièvre typhoïde,
- méningite cérébro-spinale.

(7) Les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Nomenclature ne sont pas remboursés par La Compagnie.

Annexe 2 – Liste des sociétés composant l'UES

- GENERALI France
- GENERALI Vie
- GENERALI Iard
- TRIESTE COURTAGE
- GENERALI REASSURANCE COURTAGE
- L'EQUITE