

TITRE II

CONDITIONS PARTICULIERES DE LA NOTICE D'INFORMATION

INSTITUT MAX VON LAUE PAUL LANGEVIN

**Préretraités
Retraités
Licenciés**

Ayants droit de participant retraité décédé pour une durée maximale de 12 mois

Contrat n°AIP20120000146S

ADHESION INDIVIDUELLE DES PERSONNES

La qualité de participant est acquise sous réserve du respect des conditions relatives à l'adhésion individuelle visées aux Conditions Générales CGFFS 01.11 V1 et des dispositions mentionnées sur le Bulletin Individuel d'Adhésion.

L'adhésion individuelle prend effet :

- à la date d'effet du présent contrat, pour les personnes se trouvant, à cette date, dans la catégorie définie par le présent contrat, sous réserve d'en faire la demande dans les trois mois qui suivent la date d'effet du contrat,
- à défaut à la date à laquelle l'intéressé se trouve dans la catégorie définie par le présent contrat, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la date de l'évènement.

Pour les participants licenciés et les anciens salariés dont le contrat de travail a été rompu ayant bénéficié du maintien de couverture sur le contrat obligatoire n°AIP20120000145S au titre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008, la demande d'adhésion au présent contrat doit être formulée :

- dans les six mois suivant la date de rupture du contrat de travail ;
- ou, si la durée du maintien de couverture au titre du contrat obligatoire n° AIP20120000145S est supérieure à six mois, dans les six mois qui précèdent le terme de ce maintien de garanties.

L'adhésion individuelle prend effet au lendemain de la cessation du maintien de couverture du contrat obligatoire n°AIP20120000145S.

ADHESION DES BENEFICIAIRES

Le participant préretraité ou retraité peut demander à étendre le bénéfice du contrat aux membres de sa famille qu'il souhaite garantie moyennant le paiement de la cotisation correspondante.

Les couples salariés retraités ou préretraités de l'ADHERENT ont la possibilité d'adhérer :

- ensemble : dans ce cas seul l'un des deux salariés sera affilié en propre au présent contrat en tant que participant, l'autre membre ayant la qualité de bénéficiaire du participant,
- ou séparément : dans ce cas les deux salariés seront affiliés en propre au présent contrat en tant que participant.

La cotisation applicable aux retraités, préretraités, ayants droit de participant retraité décédé pour une durée maximale de 12 mois est la suivante :

Dans le cadre de la structure de cotisations « une personne » :

- le participant

Dans le cadre d'une structure de cotisations « deux personnes » :

- le participant
- son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin même bénéficiant à titre personnel du Régime de la Sécurité Sociale

Ou

- son enfant à charge

Ou

- son ascendant à charge

Dans le cadre d'une structure de cotisations « trois personnes et plus » :

- le participant
- son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou son concubin même bénéficiant à titre personnel du Régime de la Sécurité Sociale
- leur(s) enfant(s) à charge
- l'(les) ascendant (s) à charge

GARANTIES FRAIS DE SANTE

CONDITIONS DES GARANTIES

. HOSPITALISATION	
Hospitalisation médicale et chirurgicale : . Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques) . Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire	<i>Etablissements conventionnés</i> : 100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 300 % de la BR (1) <i>Etablissements non conventionnés</i> : 90 % des Frais Réels (1) dans la limite de 300 % de la BR (1)
. Chambre Particulière	100 % des Frais Réels dans la limite de 2.5 % du PMSS par jour
. Forfait Hospitalier	100 % des Frais Réels
. Lit d'accompagnant	100 % des Frais Réels dans la limite de 38.11 euros par jour et d'un maximum de 15 jours par an
Hospitalisation à domicile . Honoraires des médecins libéraux . Autres frais	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 300 % de la BR (1)

. PRATIQUE MEDICALE COURANTE	
. Consultation, visite d'un omnipraticien	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 125 % de la BR (1)
. Consultation, visite d'un spécialiste	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 200 % de la BR (1)
. Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 100 % de la BR (1)
. Frais d'analyse et de laboratoire	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 100 % de la BR (1)
. Actes de spécialité	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 125 % de la BR (1)
. Electroradiologie	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 125 % de la BR (1)
. Ostéodensitométrie prise en charge par la SS	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 125 % de la BR (1)
. Ostéodensitométrie non prise en charge par la SS	100 % des Frais Réels dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 60.98 euros
. MEDECINE ALTERNATIVE	
- Ostéopathe - Chiropracteur	100 % des Frais Réels dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 100 euros
- Diététicien - Nutritionniste	100 % des Frais Réels dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 60 euros
. PHARMACIE	
. Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité (1)
. Vaccins prescrits médicalement et non pris en charge par la SS	100 % des Frais Réels
. TRANSPORT	
. Frais de Transport	100 % de la BR (1)
. OPTIQUE	
. Verres	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 1065 % de la BR (1) + un forfait par verre égal à 30 euros
. Monture	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 65 % de la BR (1) + un forfait annuel et par bénéficiaire égal à 120 euros
. Lentilles prises en charge ou non prises en charge par la SS	100 % des Frais Réels (1) dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 10 % du PMSS
. Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	100 % des Frais Réels dans la de 18 % du PMSS par œil
DENTAIRE	
. Soins dentaires	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 120 % de la BR (1)
. Implantologie	100 % des Frais Réels dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 10 % du PMSS
. Prothèses dentaires prises en charge par la SS	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 320 % de la BR (1)
. Prothèses dentaires non prises en charge par la SS	100 % des Frais Réels dans la limite de 280 % de la BR correspondant à celle d'une couronne(2)
. Orthodontie prise en charge par la SS	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 325 % de la BR (1)
. Orthodontie non prise en charge par la SS	100 % des Frais Réels dans la limite de 250 % de la BR

. APPAREILLAGE	
. Petit appareillage	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 140 % de la BR (1)
. Gros appareillage	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 210 % de la BR (1)
. Prothèses auditives	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 335 % de la BR (1)
. Piles pour prothèses auditives non prises en charge par la SS	100 % des Frais Réels dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 4 % du PMSS
. ALLOCATIONS FORFAITAIRES	
. Maternité	Allocation forfaitaire égale à 20 % du PMSS
. Cure Thermale prise en charge par la SS :	
-Cure	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 100 % de la BR (1)
-Hébergement	100 % des Frais Réels dans la limite de 140 % de la BR (1)
PREVENTION	
.Frais de prévention réglementaire	Prise en charge des actes de prévention (3) dans la limite des prestations garanties par le contrat (4)

(1) sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale

(2) valeur à titre indicatif, à la date d'effet du contrat, de la BR d'une couronne : 107.50 euros (soit SPR50 x 2.15 euros)

(3) figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006

(4) à titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

MR = Montant Remboursé par la Sécurité Sociale

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année

SS = Sécurité Sociale

Services de Tiers Payant

L'INSTITUTION met à votre disposition ainsi qu'à vos bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais par l'intermédiaire d'un prestataire informatique, la société iSanté. Une carte nominative vous sera remise et vous permettra d'obtenir le tiers payant dans la limite du ticket modérateur. Vous accédez à ce service auprès de professionnels de santé suivants :

- pharmaciens,
- radiologues,
- laboratoires et analyses médicales,
- auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes),
- établissements hospitaliers, centres de santé (en soins externes et hors prothèses dentaires),
- fournisseurs de matériel médical (hors optique et auditif),
- transporteurs.

Votre carte devra être présentée pour toute dispense d'avance de frais. Sa durée de validité est annuelle. En cas de perte de droit (cessation du contrat de travail notamment) vous devez restituer celle-ci à votre employeur ou à défaut à l'INSTITUTION.

Prise en charge Optique

Votre contrat prévoit une prise en charge optique. Votre opticien adresse alors une demande de prise en charge au gestionnaire de ce service (par saisie sur site internet, à défaut par fax). Celui-ci délivre la prise en charge dans les limites des garanties de votre contrat.

Prise en charge Hospitalière

Avant toute hospitalisation et pour ne pas faire l'avance de frais, vous devez demander une prise en charge hospitalière par téléphone auprès de l'INSTITUTION au numéro figurant sur votre carte de tiers payant.

En cas d'urgence, précisez à l'établissement hospitalier les coordonnées de l'INSTITUTION : notre service faxera immédiatement une demande de prise en charge auprès de l'établissement chargé de vous accueillir.

Communiquez tout renseignement utile (numéro de contrat, date d'hospitalisation, nom de la personne hospitalisée, numéro de Sécurité sociale, coordonnées de l'hôpital ou de la clinique).

Avance dentaire

L'INSTITUTION pourra accorder une avance dentaire pour les seuls actes de prothèses dentaires. Le participant devra adresser un courrier de demande à l'INSTITUTION, accompagné du devis du dentiste. Cette avance sera faite directement auprès du praticien, à hauteur de **70%** du remboursement contractuel.