

REGLEMENT PARTICULIER FRAIS DE SOINS DE SANTE



CAISSE INTERPROFESSIONNELLE DE PREVOYANCE

Règlements Approuvés par l'Assemblée Générale extraordinaire du 25 juin 2016

ARTICLE 1- OBJET

La garantie "frais de soins de santé" a pour objet de rembourser sur la date d'exécution des actes et sur des bases précisées au bulletin ou au contrat d'adhésion, dans les limites définies par les textes en vigueur et en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale au titre des prestations en nature d'assurance maladie, les dépenses engagées par les participants et notamment pour les types d'actes suivants :

- hospitalisation chirurgicale ou médicale
- maladie (honoraires médicaux, pharmacie, auxiliaires médicaux, biologie, radiologie...)
- optique
- dentaire
- appareillage
- maternité
- etc...

La garantie frais d'obsèques a pour objet en cas de décès le remboursement des frais d'obsèques. Ce remboursement sera effectué dans la limite des frais réels, et sur justificatif de la facture acquittée auprès d'une entreprise funéraire dûment habilitée.

Dans la limite des prestations prises en charge par l'institution, celle-ci est subrogée dans les droits du participant à l'égard d'un tiers responsable.

Aucune pathologie ou affection qui ouvre droit au service des prestations en nature de l'assurance maladie du régime général de Sécurité Sociale ne peut être exclue.

ARTICLE 2 - BENEFICIAIRES

Sur la base des cotisations et des garanties prévues au contrat d'adhésion, et sauf dérogation particulière, la garantie s'étend aux frais de soins de santé engagés par :

- ◆ le participant lui-même (actif ou retraité)
- ◆ son conjoint non séparé de corps non divorcé, le partenaire d'un PACS ou le concubin vivant sous le même toit,

- ◆ les enfants mineurs du membre participant ou de son conjoint non séparé de corps non divorcé, le partenaire d'un PACS ou le concubin vivant sous le même toit, lorsque ces enfants sont à charge au sens de l'article L. 160-2 du Code de la Sécurité sociale,
- ◆ les enfants majeurs du membre participant ou de son conjoint non séparé de corps non divorcé, le partenaire d'un PACS ou le concubin vivant sous le même toit, ce jusqu'à 20 ans,
- ◆ les enfants sous contrat d'apprentissage ou poursuivant des études et au maximum jusqu'à 28 ans si le bulletin ou contrat d'adhésion le stipule expressément,
- ◆ les bénéficiaires d'une allocation pour adulte handicapé attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire (quel que soit leur âge).

ARTICLE 3 - ETENDUE DE LA GARANTIE

Le montant des remboursements prévus au bulletin ou au contrat d'adhésion ne doit pas excéder le montant de la dépense réellement effectuée compte tenu des prestations servies par la Sécurité Sociale, une Mutuelle ou éventuellement un tiers responsable, en application de l'Article 9 de la Loi Evin.

Les remboursements ne seront effectués que pour les frais engagés au titre d'accidents, maladie ou maternité postérieurement à l'affiliation et pendant la durée de cette affiliation.

En vue du règlement des prestations, un dossier de demande de prestations fourni par l'institution est rempli, accompagné des pièces justificatives, notamment :

- ◆ Les notes d'honoraires ou de frais datées et signées par le praticien ou l'établissement qui les a délivrées, mentionnant, d'une façon précise, les nom et prénom de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et, le cas échéant, la nature des actes pratiqués.

- ◆ Le décompte des prestations servies par la Sécurité Sociale ou, en cas de refus de prise en charge; une déclaration de cet organisme faisant connaître les raisons pour lesquelles il n'est pas intervenu.

Les exemplaires originaux de ces documents ou, et à titre exceptionnel, des photocopies seront acceptés.

Tout dossier transmis sans justification de frais réels sera réglé sur la base du tarif conventionnel et ne pourra faire l'objet d'aucun redressement ultérieur.

Sous peine de forclusion, la demande de recouvrement des prestations dues par la caisse doit être adressée dans un délai de 2 ans à compter du fait générateur.

ARTICLE 4 - MAINTIEN DES GARANTIES

Tant que l'adhésion de l'entreprise est en vigueur et tant que le contrat de travail n'est pas rompu, la garantie Frais Soins de Santé est maintenue gratuitement pendant 3 ans au salarié de l'entreprise qui ne perçoit pas ou plus de complément de rémunération s'ajoutant aux indemnités journalières de la Sécurité Sociale.

Le maintien de couverture individuelle au titre de l'Article 4 de la Loi Evin prend effet à l'issue de la période de portabilité des droits le cas échéant, sous réserve que l'ancien salarié en fasse la demande dans les 6 mois suivants.

La garantie de remboursement de Frais Soins de Santé continue d'être accordée à la veuve ou veuf et aux orphelins d'un salarié décédé pendant le délai d'un an à compter de la date de décès dans la mesure où le contrat de référence du salarié décédé est toujours en vigueur à la CIPREV, et si le bénéficiaire n'exerce pas d'activité rémunérée (sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès). Si tel n'est pas le cas, la gratuité cesse à la fin du mois au cours duquel l'information a été transmise à la CIPREV.