

# COMMUNAUTE URBAINE DE BORDEAUX

## ----- EXTRAIT DU REGISTRE DES DELIBERATIONS DU CONSEIL DE COMMUNAUTE -----

Séance du 12 juillet 2013  
(convocation du 1 juillet 2013)

Aujourd'hui Vendredi Douze Juillet Deux Mil Treize à 09 Heures 30 le Conseil de la Communauté Urbaine de BORDEAUX s'est réuni, dans la salle de ses séances sous la présidence de Monsieur Vincent FELTESSE, Président de la Communauté Urbaine de BORDEAUX.

### **ETAIENT PRESENTS :**

M. FELTESSE Vincent, M. JUPPE Alain, M. DAVID Alain, M. BENOIT Jean-Jacques, M. BOBET Patrick, Mme BOST Christine, M. BRON Jean-Charles, Mme CARTRON Françoise, M. CAZABONNE Didier, M. CHAUSSET Gérard, Mme CURVALE Laure, M. DUCHENE Michel, M. DUPRAT Christophe, Mme FAYET Véronique, M. FLORIAN Nicolas, M. FREYGEFOND Ludovic, M. GAUTE Jean-Michel, M. GAÜZERE Jean-Marc, M. GELLE Thierry, M. GUICHARD Max, M. HERITIE Michel, Mme ISTE Michèle, M. LABARDIN Michel, M. LABISTE Bernard, M. LAMAISSON Serge, Mme LIRE Marie Françoise, M. OLIVIER Michel, M. PUJOL Patrick, M. ROSSIGNOL Clément, M. SAINTE-MARIE Michel, Mme DE FRANCOIS Béatrice, M. SOUBIRAN Claude, M. TOUZEAU Jean, M. TURON Jean-Pierre, M. MAURRAS Franck, M. SOUBABERE Pierre, Mme TERRAZA Brigitte, M. AMBRY Stéphane, Mme BALLOT Chantal, Mme BONNEFOY Christine, M. BONNIN Jean-Jacques, M. BOUSQUET Ludovic, Mme BREZILLON Anne, M. BRUGERE Nicolas, Mme CAZALET Anne-Marie, Mme CHAVIGNER Michèle, Mme COLLET Brigitte, Mlle COUTANCEAU Emilie, M. COUTURIER Jean-Louis, M. DANJON Frédéric, M. DAVID Yohan, Mme DELATTRE Nathalie, M. DELAUX Stéphan, Mlle DELTIMPLE Nathalie, Mme DESSERTINE Laurence, Mme DIEZ Martine, M. DUART Patrick, M. DUBOS Gérard, M. DUCASSOU Dominique, M. DUPOUY Alain, M. EGRON Jean-François, Mlle EL KHADIR Samira, Mme EWANS Marie-Christine, Mme FAORO Michèle, M. FEUGAS Jean-Claude, Mme FOURCADE Paulette, M. GALAN Jean-Claude, M. GARNIER Jean-Paul, M. GUICHEBAROU Jean-Claude, M. GUILLEMOTEAU Patrick, M. GUYOMARC'H Jean-Pierre, Mme HAYE Isabelle, M. HURMIC Pierre, M. JOANDET Franck, M. JUNCA Bernard, M. LAGOFUN Gérard, M. MANGON Jacques, M. MAURIN Vincent, M. MERCIER Michel, M. MILLET Thierry, M. MOGA Alain, M. MOULINIER Maxime, Mme NOEL Marie-Claude, M. PEREZ Jean-Michel, Mme PIAZZA Arielle, M. QUANCARD Denis, M. QUERON Robert, M. RAYNAL Franck, M. REIFFERS Josy, M. ROBERT Fabien, M. ROUVEYRE Matthieu, Mme SAINT-ORICE Nicole, M. SIBE Maxime, M. SOLARI Joël, Mme TOUTON Elisabeth, M. TRIJOULET Thierry, M. VERNEJOUL Michel, Mme WALRYCK Anne.

### **EXCUSES AYANT DONNE PROCURATION :**

M. CAZABONNE Alain à M. GELLE Thierry  
M. FAVROUL Jean-Pierre à M. SOUBIRAN Claude  
M. PIERRE Maurice à Mme. CARTRON Françoise  
M. ROSSIGNOL Clément à M. JOANDET Franck à partir de 10h30  
M. SAINTE-MARIE Michel à M. FELTESSE Vincent jusqu'à 10h et à partir de 10h30  
Mme. LACUEY Conchita à M. HERITIE Michel  
M. MAURRAS Franck à M. SOUBABERE Pierre à partir de 12h  
M. ANZIANI Alain à M. TRIJOULET Thierry  
M. BAUDRY Claude à Mme. EWANS Marie-Christine  
M. CAZENAVE Charles à M. DUCASSOU Dominique  
M. CHARRIER Alain à M. LAGOFUN Gérard  
Mme COUTANCEAU Emilie à Mme DELTIMPLE Nathalie à partir de 12h15  
M. DAVID Jean-Louis à M. SOLARI Joël  
M. DOUGADOS Daniel à M. LABISTE Bernard

Mlle EL KHADIR Samira à Mme FOURCADE Paulette à partir de 12h15  
M. GUICHOUX Jacques à Mme. DE FRANCOIS Béatrice  
M. GUYOMARC'H Jean-Pierre à M. DAVID Yohan à partir de 12h40  
M. JOUBERT Jacques à Mme. CHAVIGNER Michèle  
Mme. LAURENT Wanda à M. BOUSQUET Ludovic  
Mme. LIMOUZIN Michèle à Mme. FAORO Michèle  
M. LOTHAIER Pierre à M. RAYNAL Franck  
Mme. MELLIER Claude à Mme. ISTE Michèle  
M. PAILLART Vincent à M. AMBRY Stéphane  
Mme. PARCELIER Muriel à Mme. TOUTON Elisabeth  
M. PENEL Gilles à M. GUICHARD Max  
M. POIGNONEC Michel à M. FLORIAN Nicolas  
M. RAYNAUD Jacques à M. MERCIER Michel  
M. RESPAUD Jacques à Mme. DIEZ Martine

### **EXCUSES :**

M. ASSERAY Bruno

**LA SEANCE EST OUVERTE**

**Participation de la CUB au financement de la protection sociale complémentaire  
des agents - Choix de l'offre et modalités de participation de la CUB - Décisions  
- Autorisation**

Monsieur GAÜZERE présente le rapport suivant,

Mesdames, Messieurs

Selon les dispositions de l'article 22 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983, les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent. La participation des personnes publiques est réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en oeuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités.

Sont éligibles à cette participation les contrats et règlements en matière de santé ou de prévoyance remplissant la condition de solidarité entre les bénéficiaires, actifs ou retraités, attestée par la délivrance d'un label dans les conditions prévues ou vérifiée dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence.

Par délibération n°2012/0343 en date du 25 mai 2012, le Conseil de Communauté a opté pour la mise en place d'une convention de participation au bénéfice des personnels de la CUB incluant les retraités et portant sur la couverture du risque santé, dans les conditions prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités locales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire.

Au terme d'une procédure de mise en concurrence réalisée au second trimestre 2012, la société de conseil actuariel Apécialis a été retenue par la CUB pour accompagner les services aussi bien dans la rédaction d'un cahier des charges que pour l'analyse des offres.

Par délibération n°2012/0906 en date du 21 décembre 2012, le Conseil de Communauté a adopté ce cahier des charges et autorisé le Président à lancer en janvier 2013 la procédure de mise en concurrence, la date limite de remise des plis ayant été fixée au 4 mars. Onze candidats ont déposé un dossier dans les délais fixés et une commission ad hoc regroupant des élus, des représentants du personnel et de l'administration a été créée avec pour objectif d'émettre un avis sur l'analyse des offres au regard des critères définis à l'article 18 du décret n°2011-1474.

Pour rappel, les critères énoncés dans l'article 18 du décret précité sont les suivants :

- le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé
- le degré effectif de solidarité entre les adhérents ou les souscripteurs, intergénérationnelle, en fonction de la rémunération et, pour le risque « santé », familiale
- la maîtrise financière du dispositif
- les moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques
- tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de non-discrimination, adapté à la couverture de la population intéressée

Une négociation a eu lieu le 16 avril 2013 entre la Commission ad hoc et les quatre meilleurs candidats retenus après une première analyse. Les propositions finales ont été réceptionnées par la CUB le 30 avril.

#### Le candidat proposé :

La commission ad hoc a proposé à l'unanimité, au regard des critères définis (et notamment les critères des prix proposés et de la qualité de gestion qui pesaient pour 60% de la note finale attribuée à chaque candidat), l'offre d'IPSEC (Institution de Prévoyance des Salariés des Entreprises du groupe Caisse des dépôts).

#### Les tarifs proposés par l'IPSEC :

Cotisations y compris taxes et frais (en euros)		IPSEC		
		Adulte	Adulte +1 enfant	Adulte +2 enfants et plus
<b>NIVEAU 1</b>	Moins de 30 ans	20,37	34,56	49,07
	30-39 ans	24,07	38,58	52,46
	40-49 ans	31,48	47,52	63,26
	50 ans et plus	46,29	62,34	78,08
<b>NIVEAU 2</b>	Moins de 30 ans	33,33	52,46	71,90
	30-39 ans	38,58	57,71	76,53
	40-49 ans	49,38	70,67	91,65
	50 ans et plus	67,27	88,57	109,86
<b>NIVEAU 3</b>	Moins de 30 ans	39,50	62,03	84,56
	30-39 ans	45,67	68,51	90,73
	40-49 ans	59,25	83,94	108,94
	50 ans et plus	80,54	105,54	130,54

#### La description des garanties :

Le régime comprend 3 niveaux de garanties. Dans un souci d'équilibre des régimes, pour chaque niveau, les garanties sont croissantes (c'est-à-dire qu'il n'y a pas un produit plus orienté dentaire, un autre optique,...) et le niveau des remboursements est équilibré et homogène.

### 1/Le niveau 1

Le niveau 1 a pour objectif d'être accessible à tous les agents après participation de la Cub. Dans les faits, les cotisations s'échelonnent de 20.37 € / mois à 46.29 €/mois selon la tranche d'âge.

Les garanties du niveau 1 couvrent systématiquement le ticket modérateur, c'est-à-dire le reste à charge sur la base de tarifs sans dépassement d'honoraires à savoir : les médecins de secteur 1, les hôpitaux publics,...

Par exemple, une hospitalisation dans un hôpital public sera prise en charge à 100%. Une consultation de médecin généraliste sera remboursée sur la base de 23 € (y compris sécurité Sociale). En pharmacie, les médicaments à vignettes orange (c'est-à-dire à faible service médical rendu) ne sont que partiellement pris en charge (50% de la base de remboursement de la sécurité sociale).

Sur le niveau 1, les garanties optique et dentaire sont peu élevées (par exemple 215 € pour une prothèse dentaire, 171 € pour des lunettes adulte avec des verres simples et 276 € pour des lunettes adultes avec des verres complexes type multifocaux).

Ce niveau 1 s'adresse donc en priorité aux personnes (et notamment les plus jeunes) qui n'ont pas de problèmes particuliers en optique et en dentaire et qui veulent une garantie santé malgré tout de bon niveau mais en maîtrisant leur budget.

### 2/Les niveaux 2 et 3

Les niveaux 2 et 3 prévoient la prise en charge de dépassement d'honoraires sur les postes où les dépassements peuvent être importants.

Par exemple, pour une consultation de spécialiste avec une base de remboursement de 23 € (ophtalmologue, gynécologue, dermatologue,...) le remboursement maximum en niveau 2 est de 50 € et de 62,50 € en niveau 3.

Toute la pharmacie est prise en charge à 100% (y compris les médicaments à vignettes orange).

Les niveaux 2 et 3 proposent des garanties plus élevées en dentaire et optique. Les prothèses dentaires seront remboursées à hauteur de 430 € par prothèse pour le niveau 2 et 537,50 € en niveau 3.

Le niveau 2 vise des personnes souhaitant une bonne couverture santé, limitant le reste à charge tandis que le niveau 3 vise des personnes souhaitant une prise en charge très complète.

Dans chaque niveau, il a toutefois été prévu un forfait pour le sevrage tabagique et le remboursement de séances d'ostéopathie (y compris dès le niveau 1).

### La structure des cotisations

La structure de cotisation est plus exigeante en termes de solidarité familiale et intergénérationnelle que celle prévue par le décret. En effet, les retraités ont la même cotisation que les plus de 50 ans, afin que la rupture ne soit pas trop importante au jour du départ en retraite (ils perdent toutefois la participation CUB).

Il n'y a pas de surcoût par enfant au-delà du 2ème enfant.

### Les modalités de participation de la CUB

Les agents concernés par la participation de la CUB au financement de la protection sociale complémentaire sont les fonctionnaires mais également les agents contractuels de droit privé et de droit public de la collectivité. L'adhésion est également ouverte aux agents retraités dont la CUB était le dernier employeur. Ces derniers ne sont toutefois pas bénéficiaires de la participation financière de la Cub.

Une enveloppe d'un montant d'1,1 millions d'euros a d'ores et déjà été fixée et validée par le Conseil de Communauté. Afin de tenir compte du revenu des agents et de leur situation familiale, tout en respectant ce budget imparti, il est proposé de moduler la participation de la CUB de la manière suivante :

- participation de la CUB de 25 euros pour un revenu net imposable annuel supérieur à 27 000 euros (plus de 2250€ mensuels)
- participation de la CUB de 35 euros pour un revenu net imposable annuel compris entre 23 000 et 27 000 euros (de 1916€ à 2250€ mensuels)
- participation de la CUB de 45 euros pour un revenu net imposable annuel inférieur à 23 000 euros (moins de 1916€ mensuels)

A cette participation viendront s'ajouter 10 euros supplémentaires par enfant couvert par la mutuelle dans la limite de deux enfants (le tarif de la cotisation restant inchangé à compter du 3<sup>ème</sup> enfant).

Avec cette participation importante, l'ensemble des agents de la Cub aura la possibilité de se doter d'une protection sociale complémentaire de qualité, qui pourra même être gratuite pour les agents les moins rémunérés.

Ceci étant exposé, il vous est demandé, Mesdames, Messieurs, de bien vouloir si tel est votre avis adopter les termes de la délibération suivante :

### **Le Conseil de Communauté,**

**VU** la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant t droits et obligations des fonctionnaires ;

**VU** la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction territoriale ;

**VU** le décret n°2011-1474 du 08 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire ;

**VU** la délibération cadre relative à la politique des ressources humaines n°2011/0906 du 16 décembre 2011 ;

**VU** la délibération n°2012/0343 du 25 mai 2012 relative à l'adoption de la convention de participation dans le cadre du financement de la protection sociale complémentaire des agents ;

**VU** la délibération n°2012/0906 du 21 décembre 2012 relative au lancement de la procédure de mise en concurrence dans le cadre du financement de la protection sociale complémentaire des agents ;

**VU** l'avis du Comité Technique Paritaire réuni en séance du 19 juin 2013 ;

ENTENDU le rapport de présentation

## **CONSIDERANT QUE**

La Communauté urbaine a opté pour la mise en place d'une convention de participation portant sur la couverture du risque santé et a lancé la procédure de mise en concurrence correspondante ;

Le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 dispose :

- en son article 18 que la collectivité « après examen des garanties professionnelles, financières et prudentielles présentées par les candidats, fonde son choix, par délibération, après avis du comité technique , sur les principes de solidarité fixés au titre IV et sur les critères suivants (1° rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé, 2° degré effectif de solidarité entre les adhérents ou les souscripteurs, intergénérationnelle, en fonction de la rémunération et, pour le risque « santé », familiale, 3° la maîtrise financière du dispositif ; les moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques, 4° tout autre critère objectif... adapté à la couverture de la population intéressée »)
- en son article 23 que « les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent moduler leur participation dans un but d'intérêt social, en prenant en compte le revenu des agents et, le cas échéant, leur situation familiale »

## **DECIDE**

**Article 1 :** A l'issue de la procédure de mise en concurrence l'offre d'IPSEC (Institution de Prévoyance des Salariés des Entreprises du groupe Caisse des dépôts), jugée comme la meilleure au regard des critères de sélection, est retenue.

**Article 2 :** La Communauté urbaine de Bordeaux modulera sa participation en prenant en compte le revenu des agents et, le cas échéant, leur situation familiale. En application de ces principes, le montant mensuel de la participation est fixé comme suit, ces montants s'entendant avant prélèvements sociaux :

- 25 euros pour un revenu net imposable annuel supérieur à 27 000 euros
- 35 euros pour un revenu net imposable annuel compris entre 23 000 et 27 000 euros
- 45 euros pour un revenu net imposable annuel inférieur à 23 000 euros

A cette participation viendront s'ajouter 10 euros supplémentaires par enfant couvert par la mutuelle, dans la limite de deux enfants.  
Ce montant global de participation ne pourra toutefois excéder le montant de la cotisation mutuelle acquittée par l'agent.

**Article 3 :** Monsieur le Président est autorisé à signer la convention de participation avec IPSEC pour une durée de six ans à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2013 ainsi que ses annexes.

Les conclusions, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité.  
Fait et délibéré au siège de la Communauté Urbaine le 12 juillet 2013,

Pour expédition conforme,  
par délégation,  
le Vice -Président,

REÇU EN PRÉFECTURE LE  
12 JUILLET 2013

PUBLIÉ LE : 12 JUILLET 2013

M. JEAN-MARC GAÜZERE

# CONVENTION DE PARTICIPATION

## ENTRE

---

La Communauté urbaine de Bordeaux (CUB)

Esplanade Charles de Gaulle 33 076 BORDEAUX Cedex

représentée par M. **Vincent FELTESSE**, en sa qualité de Président de la Communauté Urbaine de Bordeaux,

dénommée ci-après « la collectivité »,

d'une part,

## ET

---

L'Institution de Prévoyance des Salariés des Entreprises du groupe de la Caisse des dépôts et autres Collectivités (IPSEC)

16-18 place du Général Catroux 75848 Paris Cedex 17

Institution de Prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité Sociale

dénommée ci-après « l'Institution »



# SOMMAIRE

Article 1.Objet de la convention.....	4
Article 2.Nature des garanties.....	4
Article 3.Population concernée.....	4
Article 4.Tarifs.....	4
Article 5.Participation financière et paiement de cotisations.....	5
Participation financière.....	5
Paiement des cotisations.....	5
Article 6.Engagements de l’Institution.....	5
Article 7.Engagements de la collectivité.....	7
Article 8.Modification de la convention.....	7
Article 9.Résiliation du contrat d’assurance par la collectivité ou l’Institution.....	7
Article 10.Résiliation de la convention.....	7
Article 11.Conséquences de la résiliation ou du terme de la convention.....	8
Article 12.Publicité de la convention.....	8
Article 13.Date d’entrée en vigueur de la convention.....	8
Article 14.Durée de la convention.....	8
Article 15.Litiges.....	9
Annexes :.....	10

## Article 1. Objet de la convention

La collectivité a lancé une procédure de mise en concurrence en vue de la signature d'une convention de participation pour la mise en œuvre de garanties de protection sociale complémentaire au titre du risque « frais de santé » au profit de ses agents et des agents retraités, au titre d'un contrat collectif à adhésion facultative et ce, conformément aux dispositions du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.

Au terme de la procédure de mise en concurrence susvisée, la collectivité a sélectionné, par délibération en date du 12 juillet 2013, la proposition de l'IPSEC.

La présente convention de participation est conclue au titre du contrat collectif à adhésion facultative souscrit par la collectivité auprès de l'Institution.

La présente convention de participation ne constitue pas un marché public.

## Article 2. Nature des garanties

Le contrat collectif à adhésion facultative, constitué des [Statuts de l'IPSEC](#), des conditions générales et des conditions particulières, souscrit par la collectivité auprès de l'Institution offre des garanties de protection sociale complémentaire frais de santé.

Trois niveaux de garanties sont proposées.

Ces garanties, définies dans le contrat collectif à adhésion facultative susvisé, respectent les principes de solidarité fixés aux chapitres I et II du Titre IV du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et sont complémentaires à la protection sociale de base des agents visés à l'article 3 ci-après. Le contrat collectif à adhésion facultative est annexé à la présente convention (annexe 1). Ce contrat est régi par les dispositions du Code de la sécurité Sociale.

## Article 3. Population concernée

Peuvent adhérer au contrat collectif à adhésion facultative, selon les conditions et modalités définies dans ledit contrat, les agents du souscripteur en activité de service, qu'ils soient agents de droit public ou privé, ainsi que les agents retraités dont la Collectivité est le dernier employeur.

Pour les agents retraités, la collectivité attestera au moyen du bulletin d'adhésion retraité, être le dernier employeur de l'agent demandant la souscription ;

L'adhésion est individuelle et facultative.

Seuls peuvent bénéficier de la participation financière de la collectivité, les fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé qui adhèrent au contrat collectif.

## **Article 4. Tarifs**

L'Institution s'engage à respecter les tarifs proposés et les limites, âge par âge, au-delà desquelles ils ne peuvent évoluer, pendant la durée de la convention.

L'Institution s'engage à maintenir les taux de cotisation en pourcentage du PMSS hors évolution réglementaire ou fiscale jusqu'au 31 août 2016.

A compter de la 4<sup>e</sup> année, une évolution tarifaire pourra être appliquée.

Cette évolution interviendra dans le cadre de l'article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011. Toutefois, l'Institution s'engage à ce que l'évolution de chaque taux de cotisation n'excède pas 20% par an (à garantie et tranche d'âge identique).

Une rencontre annuelle (comité technique) aura lieu pour présenter les éléments financiers de la garantie. Celle-ci aura pour objet de déterminer les suites à donner aux évolutions du contrat avec l'objectif d'obtenir un équilibre au terme de la convention.

A cette fin, l'Institution adresse, par lettre recommandée avec accusé de réception, avant le 31 mars à la collectivité sa demande de modifications des tarifs, accompagnée d'une étude justifiant de la nécessité de modifier les tarifs pour préserver l'équilibre du dispositif. Elle indique également les évolutions tarifaires, âge par âge, sur lesquelles elle s'engage.

En cas d'accord sur les modifications tarifaires proposées, les nouveaux tarifs ainsi que leur taux d'évolution font l'objet d'un avenant au contrat collectif.

En cas de désaccord sur les modifications tarifaires proposées ou en l'absence de réponse de la collectivité, la présente convention prend automatiquement fin au 31 décembre. Le terme de la présente convention entraîne, de plein droit, à la même date, résiliation du contrat collectif à adhésion facultative au titre duquel elle a été conclue. La collectivité est tenue d'en informer les agents.

## **Article 5. Participation financière et paiement de cotisations**

### ***Participation financière***

La collectivité contribue au financement des garanties du contrat collectif à adhésion facultative souscrit auprès de l'Institution auquel les agents adhèrent, sous la forme d'une participation d'un montant unitaire par agent, modulable en fonction de leurs revenus et de leur situation familiale, qui vient en déduction de la cotisation due par les agents.

Le montant unitaire par agent de cette participation financière a été fixé à 25, 35 ou 45 euros bruts par agent et par mois en fonction du revenu net imposable annuel dans la limite du montant de la cotisation ou de la prime, par délibération de la collectivité en date du 12 juillet 2013 (annexe 2).

A cette participation s'ajoutent 10 euros supplémentaires par enfant dans la limite de deux enfants couverts par le contrat.

La collectivité verse directement la participation aux agents.

Le défaut de versement par la collectivité de la participation, entraîne, après mise en demeure restée sans effet, résiliation à la même date de la présente convention et du contrat collectif à adhésion facultative qu'elle a souscrit auprès de l'Institution. La collectivité est tenue d'en informer les agents.

### ***Païement des cotisations***

La collectivité s'engage à prélever par voie de précompte la cotisation à la charge de chacun de ses agents adhérant au contrat collectif à adhésion facultative et à verser à l'Institution les sommes précomptées selon les modalités fixées audit contrat.

Pour les agents retraités, les cotisations seront directement prélevées par l'Institution.

## **Article 6. Engagements de l'Institution**

l'Institution s'engage à :

- ✧ offrir l'ensemble des options prévues dans les garanties proposées, définies dans le contrat collectif à adhésion facultative, pendant la durée de la présente convention ;
- ✧ établir, conformément au code de la sécurité sociale, une notice d'information qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque et précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription ;
- ✧ respecter les principes de solidarité fixés aux chapitres I et II du Titre IV du décret n°2011 1474 du 8 novembre 2011 :

Les garanties sont exprimées soit en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie, soit en valeur monétaire forfaitaire. Les garanties peuvent comporter un choix entre plusieurs options de couverture.

Les garanties proposées en matière de risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité doivent respecter les contraintes suivantes :

1. Le rapport entre la cotisation ou la prime hors participation due par l'assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par le souscripteur ou l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable, compte non tenu d'éventuelles pénalisations prévues au 2° ;
2. Il ne peut être prévu d'âge maximal d'adhésion. Toutefois, la cotisation est majorée d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux

ans à son entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction au 1<sup>er</sup> septembre 2013, intervient plus de deux ans après cette date. Ce coefficient est calculé selon les modalités fixées par arrêté.

Il est convenu que pour les agents en congé parental ou en disponibilité à la date d'effet du contrat, il est prévu que le délai de 2 ans ne commence à courir qu'à la date de retour dans la collectivité.

De même, pour les agents embauchés ou stagiaires postérieurement à la date de prise d'effet du contrat, le délai de 2 ans mentionné ci-dessus ne commence à courir qu'à compter de la date d'embauche ou de stagiarisation.

3. Les contrats et règlements prévoient que :

- a) Les cotisations ou les primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du souscripteur ou adhérent, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin ;
- b) Les garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code ;
- c) Les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi du souscripteur ;
- d) Les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction du sexe du souscripteur ;
- e) Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents ;

4. Les contrats et règlements assurent un montant de remboursement ou d'indemnisation dans les conditions prévues par l'article 23 du décret du 19 septembre 2007 susvisé.

5. Les tarifs des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder ceux prévus pour les familles comprenant deux enfants.

- ✧ produire à la collectivité, au terme d'une période de trois ans et au terme de la convention, un rapport retraçant, conformément à l'article 19 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, les opérations réalisées au vu des deux critères suivants :

degré effectif de solidarité entre les adhérents, intergénérationnelle, en fonction de la rémunération

moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques.

- ✧ présenter chaque année à la collectivité les comptes de résultats du contrat collectif et ceci avant le 31 mars de l'exercice suivant.

## Article 7. Engagements de la collectivité

La collectivité s'engage à :

- ✧ verser la participation financière conformément aux dispositions de l'article 5 de la présente convention ;

- ✧ informer, par tous moyens (internet, affichage sur les lieux de travail, note de service...) l'ensemble de ses agents de la signature de la présente convention, des caractéristiques du contrat collectif souscrit auprès de l'Institution, ainsi que des modalités d'adhésion à celui-ci, conformément à l'article 19 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- ✧ remettre la notice d'information visée à l'article 6 de la présente convention à chaque agent adhérant au contrat collectif souscrit auprès de l'Institution; pour les agents retraités, la remise de la notice d'information incombe à l'Institution.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des agents adhérents, la collectivité est également tenue d'informer chaque agent en lui remettant une notice établie à cet effet par l'Institution. Tout agent peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation au contrat collectif en raison de ces modifications. Pour les agents retraités, la remise de la notice incombe à l'Institution.

La preuve de la remise de la notice aux agents adhérents ainsi que des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe à la collectivité.

- ✧ informer mensuellement l'Institution des démissions, des radiations ou des exclusions de ses membres, ainsi que de leurs dates d'effet et à lui adresser les listes nominatives des agents prévues au contrat collectif et faisant l'objet du précompte du montant de la cotisation sur leur salaire .

## **Article 8.      Modification de la convention**

Toute modification de la présente convention doit faire l'objet d'un avenant signé des parties.

En tout état de cause, la collectivité pourra faire usage de son pouvoir de modification unilatérale du contrat pour motif d'intérêt général, en respectant un préavis de trois mois.

## **Article 9.      Résiliation du contrat d'assurance par la collectivité ou l'Institution**

La résiliation du contrat collectif à adhésion facultative souscrit par la collectivité auprès de l'Institution, à l'initiative de la collectivité ou de l'Institution, pour quelle que cause que ce soit, entraîne, de plein droit, à la même date, résiliation de la présente convention.

## **Article 10.    Résiliation de la convention**

Si la collectivité constate que l'Institution ne respecte plus les dispositions du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, elle peut dénoncer la présente convention après avoir recueilli les observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, orales de l'Institution. La collectivité doit

indiquer à l'Institution qu'elle peut se faire assister par un conseil ou être représentée par un mandataire de son choix.

La collectivité notifie à l'Institution sa décision de résilier la présente convention par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend effet le dernier jour du mois suivant la réception de cette lettre recommandée.

Si les deux critères que le rapport visé à l'article 6 de la présente convention doit contrôler n'ont pas été satisfaits, la collectivité peut résilier la convention.

La collectivité notifie à l'Institution sa décision de résilier la convention par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend effet le dernier jour du mois suivant la réception de cette lettre recommandée. Une telle résiliation n'ouvre droit à aucune indemnité au profit de la collectivité souscriptrice.

La convention peut être résiliée par la collectivité pour un motif d'intérêt général. La collectivité notifie à l'Institution sa décision de résilier la présente convention, en précisant le motif d'intérêt général, par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend effet le dernier jour du mois suivant la réception de cette lettre recommandée. Une telle résiliation n'ouvre droit à aucune indemnité au profit de l'Institution.

La convention peut être résiliée par la collectivité ou par l'Institution en cas de non respect par l'autre partie des engagements prévus par la présente convention. La résiliation est notifiée à l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception et prend effet le dernier jour du mois suivant la réception de cette lettre recommandée.

## **Article 11. Conséquences de la résiliation ou du terme de la convention**

La résiliation de la présente convention, pour quelle que cause que ce soit, ou le terme de la présente convention entraîne, de plein droit, à la même date, résiliation du contrat collectif à adhésion facultative au titre duquel elle a été conclue.

## **Article 12. Publicité de la convention**

La collectivité fait procéder à la publicité de la conclusion de la présente convention, ainsi que des modalités de sa consultation.

Cette publicité est assurée dans les supports suivants :

publication dans les supports ayant accueilli l'avis d'appel public à la concurrence ;

publication dans une revue spécialisée du secteur d'activité.

## **Article 13. Date d'entrée en vigueur de la convention**

La présente convention prend effet le 1<sup>er</sup> septembre 2013.

## **Article 14. Durée de la convention**

La présente convention est établie pour une durée de six ans, à compter de sa date de prise d'effet. Elle se termine ainsi le 31 août 2019.

Elle peut être prorogée pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un an. Cette prorogation fait l'objet d'un avenant à la présente convention.

La collectivité est tenue d'informer les agents du terme de la présente convention ou de sa prorogation.

## **Article 15. Litiges**

La présente convention constituant un contrat administratif, la juridiction administrative est seule compétente pour connaître des litiges susceptibles de survenir lors de son exécution.

A .Bordeaux....., le .....

Fait en ..... exemplaires originaux.

Pour la collectivité ..... Pour l'Institution

M ..... M .....





## **Annexes :**

Annexe 1 : Contrat collectif à adhésion facultative de l'IPSEC (conditions générales et conditions particulières)

Annexe 2 : Délibération fixant le montant unitaire de la participation financière

Annexe 3 : Offre de l'IPSEC remise dans le cadre de la procédure de mise en concurrence



## **CONTRAT D'ADHESION FRAIS DE SOINS DE SANTE**

-----

### **CONDITIONS GENERALES**

**Référence : v 28/06/2013**

## **SOMMAIRE**

<b>TITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES AFFERENTES AU CONTRAT D'ADHESION .....</b>	<b>3</b>
ARTICLE 1 – BASE LEGALE - DOCUMENTS CONTRACTUELS.....	3
ARTICLE 2 – INTERVENANTS.....	3
ARTICLE 3 – OBJET .....	3
ARTICLE 4 – OBLIGATION DE L'ADHERENT .....	3
ARTICLE 5 – PRISE D'EFFET, DUREE ET RECONDUCTION DU CONTRAT .....	4
ARTICLE 6 – PRISE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES A L'EGARD DES PARTICIPANTS .....	5
ARTICLE 7 – RENONCIATION – DENONCIATION.....	5
ARTICLE 8 – RESILIATION .....	6
ARTICLE 9 – NULLITE DU CONTRAT .....	7
ARTICLE 10 - BENEFICIAIRES DES GARANTIES .....	7
ARTICLE 11 – SUBROGATION .....	9
ARTICLE 12 - PRESCRIPTION DES ACTIONS .....	9
ARTICLE 13 - CONTROLE MEDICAL.....	10
ARTICLE 14 - RESERVES ET CONSTITUTION DE PROVISIONS .....	10
ARTICLE 15 - FONDS SOCIAL.....	10
ARTICLE 16 - CONFIDENTIALITE.....	10
ARTICLE 17 - SECRET PROFESSIONNEL .....	11
ARTICLE 18 - INFORMATIQUE ET LIBERTES .....	11
ARTICLE 19 – CONTROLE.....	11
ARTICLE 20 – PROCEDURE DE RECLAMATION.....	11
ARTICLE 21 – PROCEDURE DE MEDIATION AUPRES DU MEDiateur CTIP .....	11
 <b>TITRE 2 DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES .....</b>	 <b>12</b>
ARTICLE 22 – COTISATIONS .....	12
ARTICLE 23 - LIQUIDATION DES PRESTATIONS .....	13
ARTICLE 24 - DELAIS DE PRESENTATION DES DEMANDES DE PRESTATIONS - FORCLUSION.....	14
ARTICLE 25 - MODALITES ET DELAIS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	14
ARTICLE 26 – SERVICES DE GESTION ADMINISTRATIVE ET TECHNIQUE .....	14
ARTICLE 27 – DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE .....	15

## **TITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES AFFERENTES AU CONTRAT D'ADHESION**

### **ARTICLE 1 – BASE LEGALE - DOCUMENTS CONTRACTUELS**

Les relations entre l'Adhérent et l'Institution sont régies par le livre IX du Code de la Sécurité sociale et les documents contractuels annexés aux présentes Conditions particulières, à savoir, par ordre de priorité croissante :

- les Statuts de l'Institution (référence : ENQIPSO1 – REVISION 06 – 28/06/2013) joints au contrat ;
- les présentes Conditions générales Frais de soins de santé (référence : v 28/06/2013) ;
- les Conditions particulières.

L'Adhérent reconnaît avoir reçu un exemplaire de ces documents contractuels dans leur version en vigueur à la date d'effet de la présente adhésion et en accepte l'ensemble des dispositions.

En cas de contradiction entre les dispositions des documents contractuels, les dispositions du document de valeur supérieure prévalent.

Toute modification des dispositions de la présente adhésion fera l'objet d'un avenant dont le rang sera identique au document qu'il amende.

### **ARTICLE 2 – INTERVENANTS**

L'organisme assureur est l'IPSEC – Institution de Prévoyance des Salariés des Entreprises du groupe de la Caisse des dépôts et autres Collectivités, ci-après dénommée « **l'Institution** ».

L'**Adhérent** est la personne morale, signataire du présent contrat.

Les **participants** sont les membres du personnel de l'Adhérent qui ont adhéré au contrat.

### **ARTICLE 3 – OBJET**

Le présent contrat est un contrat à adhésion facultative couvrant les frais de soins de santé conclu au profit des participants tels que définis aux Conditions particulières. Cette adhésion est dite facultative en ce que les membres du personnel de l'Adhérent sont libres de demander leur affiliation au présent contrat.

L'Institution intervient en complément des prestations versées en application des statuts dont relèvent les participants et / ou par l'organisme d'assurance sociale de base.

L'Institution peut également être amenée à assurer des garanties complémentaires, sans lien avec lesdits statuts.

### **ARTICLE 4 – OBLIGATION DE L'ADHERENT**

L'Adhérent doit fournir à l'Institution les éléments nécessaires à l'appréciation des risques à garantir et notamment les caractéristiques de la population concernée.

L'Adhérent s'engage à répondre avec précision aux questions de l'Institution relatives au groupe qu'elle envisage de garantir, tout particulièrement ses caractéristiques sociodémographiques.

L'Adhérent s'engage à fournir :

**1. A la souscription du contrat :**

- Un état nominatif du personnel de la collectivité ou de l'établissement à assurer et en activité à la date d'effet du contrat, en indiquant pour chaque intéressé : ses noms, prénoms, date de naissance, situation de famille, son numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale.
- Un état nominatif du personnel de la collectivité ou de l'établissement en mi-temps thérapeutique et en arrêt de travail à la date d'effet des garanties, indemnisé ou non, y compris pour ceux dont le contrat de travail est suspendu.

**2. En cours d'exercice :**

- Trimestriellement, les états d'entrée et de sortie qui seront joints lors du versement des cotisations. En tout état de cause, ils devront être transmis dans les 3 mois suivant tout mouvement.
- Entrées des nouveaux assurés : les bulletins individuels d'adhésion dûment complétés et signés avec les informations précisées au 1 ci-dessus ainsi que la date de prise de fonction au sein de la collectivité ou de l'établissement public.
- Déclarer à l'Institution le départ ou le changement de catégorie professionnelle d'un participant affilié dans les 30 jours de l'événement.

**3. A chaque renouvellement d'adhésion :**

Au plus tard le 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif des personnels affiliés comprenant les informations prévues au 1 ci-dessus et sur lequel l'Adhérent devra indiquer l'effectif assurable de la collectivité ou de l'établissement.

**De manière générale,**

L'Institution remet à l'Adhérent la notice d'information qui définit les garanties qu'il a souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. La notice d'information stipule les cas de nullité, de déchéance, d'exclusion ou de limitation de garanties, ainsi que les délais de prescription.

**L'Adhérent a l'obligation de remettre cette notice aux participants.**

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des participants, l'Institution établit une nouvelle notice d'information que l'Adhérent devra remettre au personnel affilié.

En tout état de cause, la preuve de la remise de la notice aux participants et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérent.

**En cas de précompte sur salaire, l'Adhérent est responsable du paiement des cotisations de chacun des participants vis-à-vis de l'IPSEC.**

**ARTICLE 5 – PRISE D'EFFET, DUREE ET RECONDUCTION DU CONTRAT**

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions particulières et prend fin le 31 décembre suivant.

Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties selon les dispositions énoncées ci-après.

## **ARTICLE 6 – PRISE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES A L'EGARD DES PARTICIPANTS**

Les garanties prennent effet à l'égard de chaque participant dès acceptation par l'Institution de la demande individuelle d'affiliation, et :

- Au plus tôt à la date d'effet de l'adhésion de l'Adhérent,
- Au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la réception du bulletin individuel d'affiliation si le participant demande son affiliation postérieurement à la date d'effet de l'adhésion, et sous réserve qu'il ne soit pas en arrêt de travail à cette date.

Les garanties cessent de produire effet :

- A la date à laquelle le participant ne remplit plus les conditions visées au présent contrat d'adhésion ;
- A la date à laquelle le participant cesse de faire partie des effectifs de l'Adhérent, même si par erreur la cotisation relative au participant radié n'a pas cessé d'être versée ;
- A la date d'effet de la résiliation de la présente adhésion ;
- A la date d'effet de la renonciation ou de la résiliation de son affiliation par le participant ;
- En cas de non-paiement de la cotisation, dans les conditions de suspension et de paiement de la garantie ;
- Au décès du participant.

En revanche, le participant ayant bénéficié de soins après cette date ne peut prétendre au versement d'aucune prestation.

## **ARTICLE 7 – RENONCIATION – DENONCIATION**

### **7-1. Renonciation du participant**

#### *7-1-1. Conditions d'exercice de la faculté de renonciation*

À compter du jour où le participant est informé que son affiliation a pris effet, il dispose de 30 jours calendaires pour y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié, il n'est pas prorogé.

En cas de modification apportée à ses droits et obligations, un nouveau délai de trente jours court à compter de la remise au participant de la nouvelle notice d'information.

#### *7-1-2. Conséquences de l'exercice de la faculté de renonciation*

En cas de renonciation exercée dans les conditions énoncées ci-dessus, l'Institution doit restituer l'intégralité des sommes versées par le participant ou par l'Adhérent dans un délai de trente jours calendaires. Ce délai court à compter de la réception de la lettre de renonciation visée précédemment.

Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêts au taux légal majoré de moitié pendant deux mois, puis au double du taux légal ensuite.

### **7-2. Cas de dénonciation par le participant**

#### *7-2-1. Faculté de dénonciation annuelle*

Le participant peut dénoncer son affiliation chaque année par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception dans le respect d'un délai de préavis de deux mois avant la date d'échéance du contrat.

#### *7-2-2. Faculté de dénonciation pour modification du contrat*

Le participant a la faculté de dénoncer son affiliation en cas de modification apportée à ses droits et obligations par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai d'un mois suivant la réception de la nouvelle notice d'information.

## ARTICLE 8 – RESILIATION

### 8-1. Cas de résiliation communs à l'Adhérent et à l'Institution

Les parties peuvent dénoncer le présent contrat chaque année à effet du 31 décembre de l'année en cours.

La partie à l'initiative de la résiliation signifie sa volonté de résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'autre partie deux mois avant cette date.

### 8-2. Résiliation à l'initiative de l'Institution

#### 8-2-1. Non-paiement des cotisations

##### a. Si l'Adhérent assure le précompte des cotisations

Lorsque l'Adhérent assure le précompte de la cotisation sur la rémunération du participant, les dispositions suivantes sont applicables.

A défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'Institution de prévoyance d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'Adhérent et de poursuivre en justice l'exécution du contrat, les garanties peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure de l'Adhérent restée sans effet.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'Adhérent, l'Institution informe celui-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

L'institution peut résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné ci-dessus.

Si le contrat d'adhésion n'est pas résilié, il reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

##### b. Si l'Adhérent n'assure pas le précompte des cotisations

⇒ *En cas de défaut de paiement de sa part de cotisation par le participant :*

Lorsque l'Adhérent n'assure pas le précompte des cotisations, le participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi d'une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat.

⇒ *En cas de défaut de paiement de sa part de cotisation par l'Adhérent :*

La procédure de résiliation est identique à celle stipulée précédemment en cas de précompte des cotisations par l'Adhérent.

L'institution informe chaque participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure et rembourse au participant la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'institution ne couvre plus le risque.

Si le contrat d'adhésion n'est pas résilié, il reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.



#### *8-2-2. Non-respect des obligations déclaratives*

En cas de manquement de l'Adhérent à l'une quelconque de ses obligations découlant de l'article 4 des présentes Conditions générales, le contrat pourra être résilié de plein droit.

#### *8-2-3. Fausse déclaration*

En cas de réticence ou de fausse déclaration de l'Adhérent ou d'un participant susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent ou par un participant a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat sera résilié de plein droit sans préjudice, pour l'Institution, de la possibilité de se prévaloir de la nullité du contrat.

#### *8-2-4. Refus d'une révision de cotisation ou de réduction des garanties*

En cas de non-acceptation par l'Adhérent de la révision des cotisations et/ou des garanties formulée par l'Institution ou de réduction des garanties, le contrat pourra être résilié de plein droit.

#### *8-2-5. Redressement ou liquidation judiciaire de l'Adhérent*

En cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'Adhérent, l'Institution peut résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter du jugement de redressement ou de liquidation judiciaire, conformément aux dispositions de l'article L932-10 du Code de la Sécurité sociale.

#### *8-2-6. Cessation d'activité de l'Adhérent*

La résiliation du contrat par l'Institution est de plein droit en cas de cessation d'activité de l'Adhérent.

### **ARTICLE 9 – NULLITE DU CONTRAT**

Nonobstant les causes ordinaires de nullité des contrats, **le présent contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration de l'Adhérent ou d'un participant susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'Institution.**

Cette nullité est acquise alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent ou par un participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

L'institution conserve la faculté de résilier ce contrat de plein droit, sans préjudice pour l'Institution de la possibilité de se prévaloir de la nullité du contrat.

### **ARTICLE 10 - BENEFICIAIRES DES GARANTIES**

#### **10-1. Définitions**

##### *10-1-1. Le participant*

Est appelé participant tout membre du personnel de l'Adhérent affilié au présent contrat.

##### *10-1-2. Les ayants droit*

La qualité d'ayant droit est appréciée à la date de survenance du sinistre.

##### **a. Conjoint**

Le conjoint s'entend de l'époux ou de l'épouse du participant non divorcé(e) suite à un jugement devenu définitif et non séparé(e) de corps judiciairement.

##### **b. Partenaire à un P.A.C.S**

Le partenaire à un P.A.C.S. s'entend de la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité (P.A.C.S.) au sens du Code civil.

c. Concubin

Le concubin s'entend de la personne vivant sous le même toit que le participant, leur vie commune devant présenter un caractère de stabilité et de continuité au sens du Code civil.

Le participant et son concubin doivent être célibataires, veufs ou divorcés au sens du Code civil, et non liés par un PACS.

d. Enfants à charge

Les enfants à charge, qu'ils soient :

- légitimes ;
- reconnus ;
- adoptifs (adoption simple ou plénière) ;
- naturels ;
- recueillis, tels que définis ci-après.

sont ceux :

- du participant ;
- de son conjoint ;
- de son partenaire lié par un P.A.C.S. ;
- de son concubin.

En outre, les enfants doivent être à la charge du participant ou des ayants droit mentionnés ci-dessus.

Sont considérés comme à charge :

- les enfants du participant à naître dans les 300 jours après le décès du participant ou nés viables ;
- les enfants mineurs, sans condition ;
- les enfants majeurs jusqu'à 26 ans non révolus (c'est-à-dire ne pas avoir dépassé la date anniversaire des 26 ans), entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus du participant, ou non imposables et s'ils justifient, soit :
  - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
  - d'être en apprentissage ;
  - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes ;
  - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
  - d'être employés dans un Centre d'Aide par le Travail en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26ème anniversaire, d'un taux supérieur ou égal à 80% tel que défini par la CDAPH, justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé. Toutefois, les enfants perdent la qualité d'ayant droit dès qu'ils ne sont plus titulaires de la carte d'invalidité civile.

Il faut entendre par enfant recueilli l'enfant qui vit au foyer du participant et :

- qui est fiscalement à la charge du participant, de son conjoint, de son partenaire à un PACS ou de son concubin ;
- et pour lequel les parents ne sont pas tenus au versement d'une pension alimentaire.

e. Ascendants à charge

Est reconnu comme personne à charge tout ascendant du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un P.A.C.S. ou de son concubin, aux conditions cumulatives que l'ascendant :

- ne soit pas soumis à l'impôt sur le revenu ;
- soit bénéficiaire du minimum vieillesse ou de prestations versées par le Fonds de Solidarité Vieillesse ou par le Fonds Spécial d'Invalidité ;
- soit à la charge fiscale de l'une des personnes mentionnées ci-dessus, c'est-à-dire que cette dernière ait été autorisée par l'administration fiscale à déduire de son revenu le montant de la pension alimentaire versée aux ascendants ou que l'ascendant donne droit à une part supplémentaire dans le calcul du quotient familial.

## 10-2. Justificatifs à fournir

Le participant doit joindre les pièces suivantes au bulletin individuel d'affiliation :

- en fonction de sa situation matrimoniale :
  - en cas de PACS : une attestation d'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance, et datant de moins de trois mois ;
  - en cas de concubinage : une attestation de concubinage ou une attestation sur l'honneur accompagnée d'une photocopie de la pièce d'identité de chaque concubin ;
  - une copie du livret de famille certifiée conforme à l'original par le participant
- s'il a des enfants à charge :
  - un certificat de scolarité s'ils sont scolarisés ou poursuivent des études supérieures,
  - un certificat d'apprentissage s'ils sont apprentis,
  - une copie du contrat de formation professionnelle en alternance,
  - une copie du contrat de professionnalisation,
  - une copie de la 1<sup>ère</sup> inscription auprès de Pôle emploi comme demandeur d'emploi,
  - une copie du contrat de travail délivré par le Centre d'Aide par le Travail pour les travailleurs handicapés,
  - une copie de la carte d'invalidité pour les titulaires de la carte d'invalidité civil.

## ARTICLE 11 – SUBROGATION

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'Institution dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite du montant des prestations versées. L'Institution se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action s'exerce dans le cadre des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque l'Institution n'a pu faire valoir ses droits du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises de l'auteur du sinistre et de l'assureur en responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

## ARTICLE 12 - PRESCRIPTION DES ACTIONS

Toute action dérivant de l'application des présentes dispositions est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions de l'article L 932-13 du Code de la Sécurité sociale.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution 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 ignorée jusque là.

Quand l'action de l'Adhérent, du participant, de l'ayant droit ou du bénéficiaire contre l'Institution 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'entreprise Adhérente, le participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. 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'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Agent, le bénéficiaire ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés aux alinéas ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

### **ARTICLE 13 - CONTROLE MEDICAL**

L'Institution peut procéder à tout contrôle médical destiné à vérifier le bien fondé du service des prestations.

Si le participant refuse de se soumettre à un contrôle médical, l'Institution lui adresse une lettre recommandée avec accusé de réception le mettant en demeure de se soumettre à ce contrôle.

A défaut d'acceptation, la liquidation des prestations peut être impossible et / ou le service des prestations peut être suspendu.

Si le résultat de l'examen est contesté par le médecin du participant, les deux médecins font appel à un troisième praticien pour les départager. A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, ce choix sera fait à la diligence de l'Institution par le Tribunal de Grande Instance de Paris, statuant en référé.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission, sont supportés par moitié par chaque partie.

### **ARTICLE 14 - RESERVES ET CONSTITUTION DE PROVISIONS**

L'institution procède à la constitution :

- du fonds d'établissement en respect de l'article R 931-1-6 du Code de la Sécurité sociale ;
- du fonds de développement nécessaire pour la constitution de la marge de solvabilité ;
- des provisions techniques à un niveau permettant d'assurer le règlement intégral des engagements ;
- de toute autre réserve réglementaire ou libre, ne correspondant pas aux engagements, notamment :
  - o la réserve du Fonds social ;
  - o la réserve de gestion.

### **ARTICLE 15 - FONDS SOCIAL**

L'Institution gère un fonds social destiné notamment à l'attribution d'aides individuelles aux participants lorsque leur situation matérielle et/ou leur état de santé le justifie.

L'action du fonds social est financée par :

- une enveloppe annuelle dont le montant est exprimée en pourcentage des cotisations encaissées. Le pourcentage est fixé par délibération de l'assemblée générale extraordinaire. Cette enveloppe est dotée par un prélèvement sur le résultat de l'Institution ou, le cas échéant, sur les réserves constituées ;
- toute autre dotation décidée par le Conseil d'administration et votée par l'Assemblée générale ordinaire.

Lors de l'établissement du budget de l'Institution, le Conseil d'administration détermine chaque année, pour l'année suivante, la nature et l'enveloppe financière des aides qui seront attribuées au titre du fonds social, ainsi que leurs conditions et modalités d'attribution.

Il peut déléguer à une Commission le pouvoir de gérer le fonds social. Il en fixe la composition et les attributions conformément aux dispositions des Statuts de l'Institution.

### **ARTICLE 16 - CONFIDENTIALITE**

L'Institution et chaque Adhérent sont tenus l'un envers l'autre de préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'ils auront pu se communiquer ou avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat d'adhésion.

En particulier, l'Institution est tenue envers chaque Adhérent de conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

## **ARTICLE 17 - SECRET PROFESSIONNEL**

Conformément à l'article 226-13 du Code Pénal, l'Institution est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

## **ARTICLE 18 - INFORMATIQUE ET LIBERTES**

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le participant peut obtenir communication et rectification des renseignements le concernant et figurant dans les fichiers informatiques de l'Institution en adressant une demande écrite à : IPSEC – Correspondant CNIL - 16-18, place du général Catroux 75848 PARIS Cedex 17.

## **ARTICLE 19 – CONTROLE**

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) – 61, rue TAITBOUT - 75436 PARIS CEDEX 09.

## **ARTICLE 20 – PROCEDURE DE RECLAMATION**

L'Institution met à la disposition de l'Adhérent et des participants la possibilité, sans préjudice des actions qu'ils peuvent exercer par ailleurs, de contacter la Mission Qualité de l'IPSEC pour la gestion des réclamations concernant l'exécution du contrat d'adhésion.

La réclamation doit être adressée aux coordonnées suivantes : IPSEC - Mission Qualité - 16-18, place du Général CATROUX - 75848 PARIS Cedex 17

La réclamation fait l'objet d'un accusé de réception dans un délai de dix jours ouvrables à compter de sa date de réception, sauf si la réponse elle-même est apportée au client dans ce délai.

L'Institution s'engage à apporter une réponse à l'Adhérent ou au participant dans un délai de deux mois à compter de cette même date. Toutefois, des circonstances particulières peuvent nécessiter un délai supplémentaire. Dans cette hypothèse, l'Institution en informe l'Adhérent ou le participant.

## **ARTICLE 21 – PROCEDURE DE MEDIATION AUPRES DU MEDiateur CTIP**

A défaut d'accord entre les parties au terme de la procédure de règlement des réclamations énoncée ci-dessus, les parties peuvent faire appel au médiateur du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP).

En tant que membre du CTIP, l'Ipsec adhère à la Charte de médiation des institutions de prévoyance et de leurs unions. A ce titre, dans les limites de deux fois par an, le médiateur peut être saisi par :

- l'Adhérent ;
- le participant ;
- les bénéficiaires de prestations ;
- les ayants droit du participant.

L'Ipsec ne saisit le médiateur que si l'autre partie au litige ne s'y oppose pas.

Le médiateur ne peut être saisi lorsque le litige porte sur :

- le motif de la résiliation d'un contrat ;
- l'augmentation des cotisations ;
- le recouvrement des cotisations ;
- l'action sociale menée par l'Ipsec.

La procédure de médiation est une procédure gratuite et écrite. La partie qui saisit le médiateur lui envoie un dossier complet par courrier aux coordonnées suivantes : Le Médiateur du CTIP - 10, rue CAMBACERES - 75008 PARIS

Le médiateur peut faire appel à tout expert qu'il juge utile pour mener à bien sa mission. Il dispose de 5 mois pour rendre son avis écrit et motivé. Toutefois, il peut se ménager un délai supplémentaire si cela lui paraît indispensable.

Les parties n'ont pas l'obligation de respecter l'avis du médiateur.

Tout recours contentieux engagé par l'une des parties et ayant le même objet que la saisine du médiateur met immédiatement fin à la procédure de médiation.

## **TITRE 2 DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES**

### **ARTICLE 22 – COTISATIONS**

#### **22-1. Assiette et montant des cotisations**

A la mise en place du contrat d'adhésion, la cotisation annuelle pour chaque Participant peut être fixée forfaitairement ou s'obtenir par application des taux figurant aux conditions particulières, et dont l'assiette est :

- au Plafond Annuel de la Sécurité sociale,
- au traitement indiciaire brut, soumis à cotisation pour pension, majoré - uniquement pour les Participants titulaires - de la N.B.I. (Nouvelle Bonification Indiciaire).

et de façon optionnelle :

- à l'indemnité vie chère (uniquement pour les DOM/COM/ROM),
- aux indemnités accessoires, à l'exception de celles qui sont rattachées à l'exercice des fonctions ou qui ont un caractère de remboursement de frais.

Pour les Participants dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis en mois complets avec effet du 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la demande d'adhésion.

#### **22-2. Recouvrement des cotisations**

L'Adhérent est responsable du paiement de la cotisation de chacun des Participants, elle est précomptée sur le traitement ou la rémunération brute des Participants et payée dans les conditions ci-après.

Les cotisations sont payées par l'Adhérent sous forme d'acomptes calculés sur la base de la masse salariale du trimestre civil écoulé et versés trimestriellement et à terme échu au plus tard dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque trimestre civil.

Si la cotisation annuelle totale réglée ne correspond pas à la cotisation prévue au contrat d'adhésion, il est procédé à un ajustement en début d'année sur la base d'un état nominatif faisant apparaître les entrées et les sorties de Participants en cours d'exercice.

#### **22-3. Révision des cotisations**

Les cotisations sont examinées par l'Institution en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction d'un certain nombre de paramètres.

##### ***22-3-1. Indexation des cotisations Frais de santé***

Les cotisations peuvent être modifiées en fonction de l'évolution de l'indice de la Consommation Médicale Totale (CMT).

La CMT mesure, dans les comptes nationaux de la Santé, la consommation de soins et de biens médicaux, ainsi que les dépenses de médecine préventive.

Les cotisations peuvent être révisées par application du pourcentage de variation des deux dernières CMT connues.

La variation de la CMT ne distinguant pas le désengagement des régimes de base ni le contexte des régimes complémentaires, la mesure de ces variables peut conduire, le cas échéant, à des adaptations additionnelles des cotisations.

Contractuellement, l'indexation des cotisations prend effet de plein droit au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

#### *22-3-2. Révision des cotisations en raison des résultats techniques*

Les résultats techniques sont étudiés chaque fin d'année par l'Institution. Ils peuvent justifier une variation de cotisations à effet du 1<sup>er</sup> janvier suivant.

Le changement de cotisations doit être notifié au plus tard le 31 octobre de l'année N. Il prend effet le 1<sup>er</sup> janvier de l'année N+1.

En cas de désaccord, les Adhérents doivent en aviser l'Institution au plus tard le 30 novembre, ce refus entraînant la résiliation du contrat au 31 décembre de l'exercice en cours. A défaut, les Adhérents sont réputés avoir accepté le changement de taux.

#### *22-3-3. Révision des cotisations en raison de l'évolution législative*

Les cotisations peuvent également être modifiées à tout moment par l'Institution en fonction de l'évolution de la législation, et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite, par exemple, à des mesures de désengagement ou des modifications des bases de remboursement et à la fiscalité.

Toute évolution de la réglementation relative aux taxes grevant le contrat s'appliquera de plein droit. Elle ne nécessitera pas la rédaction d'un avenant, même si cette modification porte sur le montant de ces taxes et implique une variation des cotisations susmentionnées. L'Ipsec s'engage à informer les Adhérents des évolutions législatives concernées.

#### *22-3-4. Révision des cotisations en raison de l'évolution démographique de la population assurée*

L'Institution apprécie les risques faisant l'objet du contrat d'adhésion au regard des données démographiques résultant de la liste visée à l'article 2.1. Toute modification de ces données induites notamment par des recrutements et / ou des départs de personnel, justifie une adaptation de la cotisation.

L'Adhérent s'engage à informer l'Institution de toutes modifications relatives au périmètre démographique du personnel et de l'ancien personnel ayant servi à l'appréciation du risque par l'Institution.

L'Institution pourra, en fonction de ce nouveau périmètre, procéder, pour l'avenir, à la révision des taux de cotisations ou à la modification des prestations proportionnellement à l'évolution démographique.

### **ARTICLE 23 - LIQUIDATION DES PRESTATIONS**

Les prestations dues par l'Institution sont calculées acte par acte pour les frais engagés postérieurement à l'affiliation du participant et pendant la durée de cette affiliation.

Le montant des remboursements ne peut excéder le montant de la dépense réellement engagée, compte tenu des prestations servies par la Sécurité sociale ou tout autre organisme assureur.

Lorsque le contrat d'adhésion fait mention d'un mode de calcul forfaitaire, ce forfait est exprimé en nombre de points de l'indice défini au contrat d'adhésion ou en pourcentage du plafond annuel ou mensuel de la Sécurité sociale, en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice d'assurance.

Afin de permettre le règlement des prestations, le participant doit adresser à l'Institution un dossier de demande de prestations composé des pièces justificatives originales permettant d'apprécier ses droits et

le montant des prestations, 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 du patient, la date des soins, la nature et la codification des actes pratiqués ;
- le décompte des prestations servies par la Sécurité sociale ;
- si les frais engagés ont donné lieu à versement de prestations de la part d'un organisme complémentaire autre que l'Institution, le décompte original de ces prestations ;
- en cas de refus de prise en charge, une notification de l'organisme faisant connaître les raisons pour lesquelles il n'est pas intervenu ;
- le cas échéant, le décompte du règlement fait par un autre organisme ;
- en cas de maternité, une copie du livret de famille certifiée conforme à l'original par le participant ou un acte de naissance ;
- en cas d'adoption, le jugement d'adoption.

Tout dossier transmis est réglé sur la base des frais réels mentionnés par la Sécurité sociale.

#### **ARTICLE 24 - DELAIS DE PRESENTATION DES DEMANDES DE PRESTATIONS - FORCLUSION**

Les délais prévus ci-dessous sont ceux applicables à la demande initiale de prestations.

Pour les frais de soins de santé, les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs doivent parvenir à l'Institution dans un délai de 3 mois suivant la date du remboursement effectué par la Sécurité sociale.

Lorsque le délai de présentation de la demande de prestation n'est pas respecté, la date de liquidation de la prestation sera fixée au jour de la réception par l'Institution de la déclaration de sinistre, le cachet de la poste sur le courrier de déclaration faisant foi de cette date.

Toutefois, l'Institution ne pourra se prévaloir de la déchéance que si elle prouve avoir subi un préjudice du fait de la déclaration tardive.

#### **ARTICLE 25 - MODALITES ET DELAIS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS**

L'Institution règle ses prestations (notamment par virement bancaire ou postal) auprès du participant, de ou du bénéficiaire, généralement dans les 10 jours ouvrés qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire compris.

En cas de télétransmission, ces délais sont ramenés généralement à 72h.

Ces délais sont donnés à titre indicatif et ne sauraient en aucun cas engager la responsabilité de l'Institution.

#### **ARTICLE 26 – SERVICES DE GESTION ADMINISTRATIVE ET TECHNIQUE**

L'Institution s'engage à faire bénéficier l'Adhérent et son personnel assuré de ses services de gestion administrative pour la réalisation de toutes les opérations administratives et comptables nécessaires au calcul et au règlement des prestations.

Ces opérations incluent notamment :

- Les appels et encaissement de cotisations, dont l'Institution serait créancière,
- La détermination et le calcul des prestations dues par l'Institution au titre du présent contrat d'adhésion,
- Le traitement des devis et estimations des remboursements de certains types de soins,
- Les avances et le paiement des prestations dues par l'Institution en complément de la Sécurité sociale, y compris dans le cadre des prises en charge au titre du tiers payant par chèque,
- L'envoi des relevés de prestations au domicile des participants (selon les données communiquées lors de l'affiliation),
- La mise à jour des données individuelles du participant et/ou de ses ayant droits,
- La fourniture des éléments statistiques et de pilotage du compte d'assurance. Ces éléments répondent à l'obligation légale permettant d'appréhender les éléments constitutifs du compte d'assurance. Toute demande particulière induisant des recherches ou études complémentaires doit faire l'objet d'un échange



entre l'Institution et l'Adhérent et prendre en compte les contraintes techniques et calendaires réciproques, en vue d'établir la date prévisionnelle de livraison.

Dans l'hypothèse où l'Institution se verrait contrainte de mettre en œuvre des moyens, des procédures ou d'effectuer des actes de quelque nature que ce soit (notamment administrative ou comptable) et qui ne relèvent pas des obligations lui incombant au titre de la gestion normale des garanties et des prestations ou du pilotage du compte d'assurance, tels que stipulés par l'Adhérent au profit des participants, ou des bonnes pratiques de la profession d'assurance en la matière, le coût supplémentaire causé par la mise en œuvre de ces moyens et / ou par ces actes sera de 6 € par tranche de 5 lignes de soins. Ces frais seront mis à la charge du participant.

## **ARTICLE 27 – DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE**

### **27-1. Objet et bénéficiaires**

#### *27-1-1. Objet*

La garantie a pour objet le versement d'une prestation complémentaire à celle de la Sécurité sociale ou du régime de base en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation engagés par le participant et/ou ses ayants droits.

L'étendue et le montant des garanties sont précisés au contrat d'adhésion.

#### *27-1-2. Bénéficiaires*

Sur la base des cotisations et des garanties prévues au contrat d'adhésion, la garantie est accordée au participant et à ses ayants droit tels que définis dans les présentes conditions générales.

Pour les ayants droit du participant relevant d'un régime différent du sien, la prestation due vient en complément de celle qu'ils ont perçue au titre de leur régime propre.

Le participant titulaire d'un contrat de travail à durée déterminée bénéficie de l'ensemble des garanties prévues au contrat d'adhésion, sous réserve de l'application de toute clause relative à l'ancienneté nécessaire pour bénéficier du régime.

### **27-2. Catégorie de frais ouvrant droit à la garantie**

L'Institution garantit tout ou partie des frais de soins de santé engagés par le participant et ses ayants droit pour les types de soins énumérés ci-après :

#### **Type I - Frais d'hospitalisation chirurgicale**

- frais chirurgicaux ;
- séjour en service de réanimation ;
- soins préopératoires : consultations et visites dispensés auprès d'un chirurgien ou anesthésiste, à condition que ces soins interviennent dans un délai maximum de deux mois avant la date de l'intervention;
- soins postopératoires : (rééducation, appareillage, omni praticien, chirurgien) pendant trois mois continus, à condition qu'ils se situent au plus tard 365 jours après la date de l'intervention.

#### **Type II - Frais d'hospitalisation médicale**

Lorsque les frais ci-après énumérés ont donné lieu au service des prestations en nature de la Sécurité sociale, l'Institution les garantit en tout ou partie :

- frais de séjour en hôpital, clinique, sanatorium, préventorium, aérium, centre de rééducation ou établissement psychiatrique dans lequel le séjour est motivé par un traitement curatif, centre héliomarin, maison d'enfants ou de repos à caractère sanitaire ;

L'Institution prend également en charge les frais d'accompagnant se rapportant à l'un des séjours indiqués aux deux alinéas qui précèdent, dès lors que ce séjour a fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale.

Type III - Frais d'hospitalisation engagés à l'occasion d'un accouchement  
Les frais sont pris en charge (en particulier les dépassements d'honoraire et frais de chambre particulière)

Pour les frais des types de soins I, II et III ci-dessus, les suppléments de tarifs appliqués par l'établissement pour chambre particulière peuvent être pris en charge, à l'exclusion de tout supplément de confort.

Type IV – Frais de radiologie (tous actes de radiologie et de radiothérapie)

Type V - Frais de soins, de prothèses dentaires et d'orthodontie

Type VI - Frais d'appareillages divers et prothèses auditives

Type VII - Cures thermales dont la prise en charge est acceptée par la Sécurité sociale

Type VIII - Frais d'optique (lunettes, lentilles et chirurgie de l'oeil)

Type IX - Actes médicaux courants

- consultations ou visites auprès d'un omnipraticien ou d'un spécialiste ;
- actes techniques pratiqués par un omnipraticien ou par un spécialiste ;
- frais d'auxiliaires médicaux ;
- analyses, examens de laboratoire et prélèvement ;
- frais pharmaceutiques ;
- frais de transport ;
- prestations complémentaires (sur prescription médicale) : vaccins, pilules, sevrage tabagique, médecine douce, ostéodensitométrie osseuse.

Type X - Maternité

Versement, à l'occasion de la naissance d'un enfant répondant à la définition d'enfant à charge au sens du présent Règlement de prévoyance, ou en cas d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans, d'une allocation forfaitaire dont le mode de calcul est défini au contrat d'adhésion, le versement de cette allocation étant subordonné à la double condition que la naissance ou l'adoption se situe au cours de la période d'affiliation et que l'enfant ait été déclaré à l'état civil.

### 27-3. Prestations

Les prestations dues par l'Institution sont versées sous forme d'un versement complémentaire à celui effectué par la Sécurité Sociale.

Toutefois, ne donnent pas lieu à remboursement :

- **la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale,**
- **la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du nonrespect, par le participant ou le bénéficiaire, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,**
- **la part de majoration de participation prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (*non prise en charge de la majoration du ticket modérateur*) résultant du non-respect, par le participant ou le bénéficiaire, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,**
- **la part d'honoraires des actes et prestations pour lesquels le participant ou le bénéficiaire n'a pas autorisé le professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel (et/ ou à le compléter), et au delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,**
- **les frais non remboursés par la sécurité sociale, sauf indication contraire aux conditions particulières,**

- les frais engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation d'une part, et, d'autre part, la date d'entrée du participant dans le groupe assuré (*embauche – promotion*) et la date de sortie (*démission – licenciement - retraite*) ; la date des soins figurant sur le décompte de la sécurité sociale étant seule prise en considération.  
Dans le cadre de l'hospitalisation sont exclus :

- les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, blanchisserie, frais de dossier...

- les frais d'hébergement résultant d'une admission en secteur « long séjour » au sens de la Sécurité sociale.

\*\*\*\*\*

## ADHESION N°XXX FRAIS DE SANTE

### CONDITIONS PARTICULIERES

#### Personnel de droit public et de droit privé

Entre, d'une part, :

**LA COMMUNAUTE URBAINE DE BORDEAUX (CUB)**

Etablissement public de coopération intercommunale, inscrit sous le N°SIRET 243 300 316 00011 – APE 84 11Z  
Dont le siège social et l'adresse administrative sont : Esplanade Charles de Gaulle – 33076 BORDEAUX Cedex  
Dûment représentée par : Monsieur Vincent FELTESSE, en sa qualité de : Président

Ci-après dénommée l'**Adhérent** et, d'autre part :

**IPSEC**

Institution de prévoyance des salariés des entreprises du groupe de la Caisse des dépôts et autres collectivités,  
Organisme assureur régi par le Code de la Sécurité sociale,  
Agréée par arrêté ministériel sous le n°675  
Immatriculée sous le n°SIRET 775 666 357 00063 - A PE 8430B  
Dont le siège social se situe 16-18, place du Général CATROUX à PARIS 17<sup>ème</sup>  
Dûment représentée par : Monsieur Quentin BERIOT, en sa qualité de : Directeur général

Ci-après dénommée l'**Institution**, il est convenu d'un commun accord les dispositions ci-après.

## SOMMAIRE

<b>TITRE 1 : DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHESION .....</b>	<b>3</b>
ARTICLE 1 - DOCUMENTS CONTRACTUELS.....	3
ARTICLE 2 - CARACTERISTIQUES DE L'ADHESION .....	3
ARTICLE 3 - DATE D'EFFET ET DURÉE.....	3
<b>TITRE 2 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES ET COTISATIONS .....</b>	<b>4</b>
ARTICLE 5 – GARANTIES.....	4
5.1. Dispositions relatives aux garanties .....	4
5.2. Définition des ayants droit .....	4
5.3. Dispositions relatives à l'adhésion du participant, aux choix et changement de garanties.....	5
5.3.1 Choix du niveau de garanties : Niveau 1, Niveau 2, Niveau 3.....	5
5.3.2 Modification du choix.....	5
5.4. Descriptif des garanties .....	6
ARTICLE 6 - CONTRAT RESPONSABLE – PARCOURS DE SOINS COORDONNES (décret n°2005-1226 du 29.09.2005) .....	10
ARTICLE 7 - CONVENTION D'ADHESION AU SERVICE « IPSEC TIERS PAYANT » VIAMEDIS .....	11
7.1. Obligations de l'Institution.....	11
7.2. Obligations de l'Adhérent .....	11
ARTICLE 8 - INFORMATION CONCERNANT LE « FILTRE OPTIQUE » .....	11
8.1. Le concept.....	11
8.2. Mode d'emploi .....	12
ARTICLE 9 – COTISATIONS .....	12
9-1. Taux de cotisation .....	12
9-1-1. Niveau des taux de cotisations.....	13
9-1-2. Evolution des taux de cotisations .....	14
9-1-3. Paiement des cotisations .....	14

## **TITRE 1 : DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHESION**

### **ARTICLE 1 - DOCUMENTS CONTRACTUELS**

En sus des documents contractuels énoncés aux Conditions générales, fait également partie du champ contractuel la convention de participation pour la mise en œuvre d'une couverture complémentaire de santé au profit des agents et retraités de la Communauté Urbaine de Bordeaux signée entre l'Adhérent et l'Institution.

La résiliation du contrat d'adhésion emporte de plein droit la résiliation de la convention de participation, et réciproquement.

### **ARTICLE 2 - CARACTERISTIQUES DE L'ADHESION**

Le présent contrat d'adhésion est un contrat collectif à affiliation facultative souscrit au profit des agents de l'adhérent, à savoir :

-les agents actifs :

- les fonctionnaires titulaires et stagiaires y compris ceux mis à la disposition de la CUB, si la collectivité d'origine l'autorise et ceux détachés auprès de la CUB ;
- les agents non titulaires de droit public ;
- les agents de droit privé (exemple : apprentis, contrat unique d'insertion, contrat d'avenir).

-les agents retraités dont la CUB est le dernier employeur.

### **ARTICLE 3 - DATE D'EFFET ET DURÉE**

Le présent contrat d'adhésion prend effet à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2013. Il est conclu pour une durée de 6 ans et prend fin sans autre avis le 31 août 2019.

Toutefois, chaque partie peut résilier le présent contrat à effet du 31 décembre de chaque année. Par dérogation aux Conditions générales, la résiliation annuelle est signifiée au moins 6 mois avant cette date. Le respect des délais s'apprécie par rapport à la date de réception du courrier.

Le présent contrat d'adhésion pourra être prorogé d'une année, soit jusqu'au 31 août 2020, à la demande de la collectivité. Cette demande devra être adressée à l'IPSEC par lettre recommandée avec accusé de réception avant le 28 février 2019 et fera l'objet d'un avenant au présent contrat.

## TITRE 2 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES ET COTISATIONS

### ARTICLE 5 – GARANTIES

#### 5.1. Dispositions relatives aux garanties

Les garanties sont exprimées y compris les remboursements de la Sécurité sociale.

Leur cumul ne peut, par acte ou poste de soins, excéder les frais réellement engagés.

Les participations forfaitaires, ainsi que les majorations mises légalement à la charge des assurés, ne sont en aucun cas couvertes par les prestations Ipsec décrites ci-dessous.

Les abréviations employées dans le descriptif des garanties ci-après correspondent aux termes et définitions suivants :

FR : frais réels	Ce sont les dépenses réellement engagées par l'assuré. Certaines prestations Ipsec sont exprimées en pourcentage des frais réels. Ils s'entendent hors remboursement par l'IPSEC des tickets modérateurs d'ordre public.
BR : base de remboursement	Base prise en compte par la Sécurité sociale pour les remboursements de certaines prestations.
TC : tarif de convention	Il est applicable aux actes accomplis par des praticiens conventionnés et correspond aux bases de remboursements utilisées par la Sécurité sociale. Certaines prestations Ipsec sont exprimées en pourcentage de ce tarif.
TM : ticket modérateur	Le ticket modérateur à la charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale représente la différence entre le TC ou la BR et le remboursement Sécurité sociale.
PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale	Certaines de nos prestations sont calculées par référence à la valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale en cours au moment des soins. Il est revalorisé par décret en général une fois par an.
Remboursement Sécurité sociale	Il s'agit du montant remboursé par la Sécurité sociale. Son résultat s'obtient en multipliant le TC (tarif de convention) ou la BR (base de remboursement) par le taux de remboursement applicable à un acte donné.

#### 5.2. Définition des ayants droit

Pour l'application du présent contrat, il faut entendre par conjoint :

- le conjoint marié,
  - la personne liée par un PACS,
  - le concubin,
- tels qu'ils sont définis aux Conditions générales.

Par dérogation aux Conditions générales, on entend par enfant à charge les enfants légitimes, reconnus ou adoptés, ainsi que ceux du conjoint de l'agent, à condition que l'agent ou son conjoint en ait la garde, ou, s'il s'agit des enfants de l'agent, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de plus de 18 ans et de moins de 21 ans, s'ils ne se livrent à aucune activité rémunérée habituelle ;
- âgés de plus de 21 ans et de moins de 26 ans, s'ils ne se livrent à aucune activité rémunérée habituelle et permanente, et :
  - s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au régime de Sécurité sociale des étudiants. En outre, pour les seules garanties prévoyance, sont considérés comme affiliables les enfants s'ils poursuivent leurs études à l'étranger dans un établissement qui, par assimilation au régime français leur auraient permis d'en bénéficier.
  - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle emploi,
  - ou sont sous contrat d'apprentissage.
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 241-3 du code de l'Action Sociale et des Familles, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire.

Par dérogation aux Conditions générales, les ascendants à charge ne sont pas considérés comme ayants droit.

Les définitions des autres ayants droit sont applicables sans dérogation.

### 5.3. Dispositions relatives à l'adhésion du participant, aux choix et changement de garanties

L'affiliation est effectuée auprès de l'employeur, au moyen d'un bulletin d'adhésion fournie par l'Institution. Son adhésion prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la demande.

S'agissant de la demande d'adhésion des agents retraités, le fait pour l'Adhérent de remettre à l'Institution le bulletin d'adhésion vaut attestation qu'il est bien le dernier employeur de l'agent avant son passage au statut de retraité.

La solution que l'agent a choisie s'applique également à ses ayants droit. L'agent souhaitant adhérer au dispositif devra transmettre à l'Institution le justificatif d'adhésion délivré par l'organisme auprès duquel il était assuré pour les mêmes risques.

#### 5.3.1 Choix du niveau de garanties : Niveau 1, Niveau 2, Niveau 3

L'agent a le choix entre trois formules appelées : Niveau 1, Niveau 2 et Niveau 3.

Le choix est effectué par l'agent au moment de son adhésion initiale, auprès de son employeur, au moyen d'un bulletin d'adhésion fournie par l'Institution.

Lorsqu'un agent n'a pas formulé de choix, il est considéré comme garanti sur la base de la formule Niveau 1.

#### 5.3.2 Modification du choix

Les agents ont la possibilité de modifier leur choix de régime.

##### **Pour un régime supérieur ou garanties optionnelles :**

- Au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année si la demande est présentée avant le 31 octobre de l'exercice précédent
- A tout moment en cas de changement de situation de famille (mariage, PACS, concubinage, veuvage, divorce, séparation de corps judiciairement prononcée, naissance d'un enfant, décès d'un enfant, modification du nombre de bénéficiaires) ou justifiée par une situation particulière de l'agent (chômage, retraite, suspension de contrat de travail pour invalidité, exonération du ticket modérateur).  
Pour être recevable, la demande doit être présentée par l'agent auprès du service paie dans les 3 mois suivant l'événement. Les nouvelles garanties prennent effet au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la demande.

##### **Pour un régime inférieur ou régime de base :**

- Au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année si l'agent peut justifier de 2 ans d'affiliation à la précédente option.
- A tout moment en cas de changement de situation de famille (mariage, PACS, concubinage, veuvage, divorce, séparation de corps judiciairement prononcée, naissance d'un enfant, décès d'un enfant, modification du nombre de bénéficiaires) ou justifiée par une situation particulière de l'agent (chômage, retraite, suspension de contrat de travail pour invalidité, exonération du ticket modérateur). Pour être recevable, la demande doit être présentée par l'agent auprès du service paie dans les 3 mois suivant l'événement. Les nouvelles garanties prennent effet au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la demande.

Dans tous les cas, la CUB s'engage à informer l'Institution des choix initiaux et des modifications ultérieures.



## 5.4. Descriptif des garanties

### HOSPITALISATION

Les garanties	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Honoraires médecins*	100 % BR	180 % BR	250 % BR
Fais de séjour*	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Chambre particulière**	Aucune prestation	2,15 % PMSS / jour	2,8 % PMSS / jour
Forfait Hospitalier**	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Accompagnement de personne (Lit + Frais de repas)	Aucune prestation	2 % PMSS / jour	2 % PMSS / jour
Forfait pour tout acte > 120 €	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge

\* Pendant 365 jours minimum

\*\* Pendant 90 jours minimum

### SOINS MEDICAUX ET PARA-MEDICAUX

Les garanties	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Consultation généraliste	100 % BR	140 % BR	180 % BR
Consultation spécialiste	100 % BR	200 % BR	250 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Radiologie	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux	100 % BR	200 % BR	250 % BR
Ostéopathie	30 € / séance (maximum 3 séances / an / bénéficiaire)	50 € / séance (maximum 3 séances / an / bénéficiaire)	50 € / séance (maximum 5 séances / an / bénéficiaire)
Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR

## CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE

Les garanties	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Traitement, hébergement, transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait	Aucune prestation	5 % PMSS	10 % PMSS

## PHARMACIE

Les garanties	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Vignettes bleues et blanches	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vignettes oranges	50 % BR	100 % BR	100 % BR

## ACTES

Les garanties	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Sevrage tabagique	50 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire	75 € / an / bénéficiaire
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale	Aucune prestation	50 € / an / bénéficiaire	75 € / an / bénéficiaire
Pillules contraceptives	40 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire

## DENTAIRE

Les garanties	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Orthodontie prise en charge SS	100 % BR	275 % BR	350 % BR
Orthodontie non prise en charge SS	Aucune prestation	175 % BR	250 % BR
Prothèses dentaires remboursées SS	200 % BR	400 % BR	500 % BR
Implants dentaires	Aucune prestation	Maximum 1400 € / an / bénéficiaire	Maximum 2100 € / an / bénéficiaire

## PROTHESES NON DENTAIRES

Les garanties	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Prothèses auditives	150 % BR	350 % BR	500 % BR
Autres prothèses	150 % BR	300 % BR	400 % BR

## OPTIQUE PAR AN ET PAR BENEFICIAIRE

Les garanties	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Monture enfant	100 % BR + 1,5 % PMSS	100 % BR + 3 % PMSS	100 % BR + 5 % PMSS
Monture adulte	100 % BR + 2 % PMSS	100 % BR + 4 % PMSS	100 % BR + 6 % PMSS
Verre simple / verre***	100 % BR + 1,65 % PMSS	100 % BR + 2,90 % PMSS	100 % BR + 3,30 % PMSS
Verre moyen / verre***	100 % BR + 2,50 % PMSS	100 % BR + 3,70 % PMSS	100 % BR + 4,30 % PMSS
Verre complexe / verre***	100 % BR + 3,30 % PMSS	100 % BR + 5,80 % PMSS	100 % BR + 8 % PMSS
Lentilles acceptées SS***	6,60 % PMSS	8,8 % PMSS	16 % PMSS
Lentilles refusées SS***	Aucune prestation	7,40 % PMSS	8,60 % PMSS
Chirurgie réfractive	Aucune prestation	17 % PMSS / oeil	25 % PMSS / oeil

\*\*\* Les définitions des verres simples, moyens et complexes sont les suivantes :

	Type de verre	Dyoptrie	Cylindre
Verre simple	Unifocal	de 0 à 4	$\leq 2$
		de 0 à 4	$> 2$
		de 4,25 à 6	$\leq 2$
Verre moyen	Unifocal	de 4,25 à 6	$> 2$
		de 6,25 à 8	$\leq 2$
Verre complexe	Unifocal	de 6,25 à 8	$> 2$
		$\geq 8,25$	Quel que soit le cylindre
	Multifocal	de 0 à 4	$\leq 2$
		de 0 à 4	$> 2$
		de 4,25 à 6	$\leq 2$
		de 4,25 à 6	$> 2$
		de 6,25 à 8	$\leq 2$
		de 6,25 à 8	$> 2$
		$\geq 8,25$	Quel que soit le cylindre

**ARTICLE 6 - CONTRAT RESPONSABLE – PARCOURS DE SOINS COORDONNES (décret n°2005-1226 du 29.09.2005)**

**Les garanties détaillées ci-dessus sont complétées par les dispositions ci-après intégrées dans nos programmes de gestion.**

- **Les garanties excluent la prise en charge :**
  - de la majoration de ticket modérateur en cas de consultations ou visites de médecins effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire sans prescription du médecin traitant ou correspondant,
  - de la participation forfaitaire et des franchises visées à l'article L322-2 du code de la Sécurité sociale,
  - des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés par l'assuré sans prescription préalable de son médecin traitant ou correspondant.
- **Les garanties prennent obligatoirement en charge :**
  - 30% du tarif opposable des consultations de médecin,
  - 30% du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments prescrits par le médecin traitant ou correspondant et autres que ceux mentionnés aux 6° et 7° de l'article R.322 -1,
  - 35% du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant ou correspondant mentionné à l'article L.162-5-3,
  - la totalité des frais exposés par l'assuré postérieurement au 30 juin 2006, pour les prestations de prévention déterminées par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique, soit :
    1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
    2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
    3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
    4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
    5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
      - a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
      - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
      - c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
      - d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
      - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
    6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
    7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
      - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
      - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
      - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
      - d) BCG : avant 6 ans ;
      - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
      - f) Haemophilus influenzae B ;
      - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Ces règles sont applicables aux consultations et prescriptions du médecin spécialiste effectuées sur prescription du médecin traitant ou correspondant.

Ces modifications ne sont pas exclusives de dispositions découlant d'autres textes réglementaires à paraître.

## **ARTICLE 7 - CONVENTION D'ADHESION AU SERVICE « IPSEC TIERS PAYANT » VIAMEDIS**

### **7.1. Obligations de l'Institution**

L'IPSEC s'engage à faire bénéficier du Tiers Payant Viamédis, au moyen de la carte « IPSEC Tiers Payant », les salariés appartenant aux catégories de personnel de l'adhérent visées à la présente adhésion.

Cet engagement est conditionné par :

le remboursement au minimum de 100 % du ticket modérateur des prestations pour lesquelles Viamédis a conclu des conventions avec les professionnels de santé concernés et assure une prestation de service de tiers payant dans les domaines suivants :

- médicaments délivrés en pharmacie,
- analyses médicales en laboratoire,
- actes de radiologie,
- actes pratiqués par des auxiliaires médicaux,
- soins et consultations externes en centres de soins, cliniques et hôpitaux.

le recours, pour l'équipement optique couvert par la présente adhésion, à un accord de prise en charge initié par l'opticien auprès de Viamédis ; cet accord est valable 3 mois (pas d'avance sur dépenses d'optique).

l'existence entre l'Ipsec et Viamédis d'une convention de paiement tiers payant ;

la signature d'une convention entre les syndicats des professionnels de santé ou les professionnels eux-mêmes et Viamédis ;

l'acceptation par le professionnel de santé de la carte IPSEC-Viamédis, appelée « IPSEC Tiers payant »,

l'usage de la carte « IPSEC Tiers payant », conforme à son objet par les salariés.

L'institution ne peut être tenue pour responsable des éventuels refus de professionnels de santé qui décideraient de ne pas accepter le tiers payant Viamédis.

Il est précisé que les prises en charge hospitalières continuent d'être délivrées par l'Ipsec et que seuls les soins et consultations externes délivrés en centres de soins, cliniques et hôpitaux font l'objet du tiers payant Viamédis dans les conditions énoncées ci-dessus.

### **7.2. Obligations de l'Adhérent**

L'Adhérent s'engage à :

- diffuser à son personnel actif et retraité la notice d'information et tout document concernant l'utilisation du service tiers payant ;
- récupérer les cartes « Ipsec Tiers payant » auprès des participants qui quittent son personnel, et à les renvoyer sans délai à l'Ipsec.

L'adhérent reconnaît sa responsabilité engagée par l'utilisation de la carte « Ipsec Tiers payant » après le départ du salarié.

## **ARTICLE 8 - INFORMATION CONCERNANT LE « FILTRE OPTIQUE »**

### **8.1. Le concept**

Afin de préserver l'équilibre financier du régime, il est convenu de mettre en place un outil de vigilance appelé « FILTRE OPTIQUE ».

Cet outil est un système de régulation des dépenses d'optique mis en place par VIAMEDIS.

Il permet de détecter les demandes de prises en charge optique trop élevées par rapport au prix moyen du marché, grâce au déclenchement d'un filtre alerte.

Les demandes de prises en charge sont analysées via un outil expert « VIAMEDIS.NET » pour valider le respect d'une facturation au prix du marché, pour chaque type d'acte pratiqué ou équipement proposé quelque soit le magasin d'optique ou le bénéficiaire assuré.

Ces demandes analysées sont sélectionnées en fonction d'une combinaison de critères techniques et financiers.

## 8.2. Mode d'emploi

### Quelles sont les étapes du processus de gestion de la garantie « filtre optique » ?

- L'opticien adresse sa demande de prise en charge à Viamédis ou bien la saisit directement sur l'outil de gestion Viamedis.net.
- Un « filtre prix » est mis en œuvre, déclenchant en cas d'écart entre les frais facturés et le prix moyen du marché une analyse détaillée à partir d'un outil expert.
- A l'issue de cette analyse financière, deux cas de figure peuvent se présenter :
  - Le prix est conforme à celui du marché. La prise en charge est mise à disposition du gestionnaire IPSEC qui la valide.
  - Le prix est supérieur à celui du marché. Viamédis contacte l'opticien afin que celui-ci revoie son prix à la baisse.

Si l'opticien s'aligne sur le prix moyen du marché, la prise en charge est mise à disposition du gestionnaire IPSEC.

Si l'opticien refuse de revoir sa facturation à la baisse, Viamédis rejette la demande de tiers payant.

En présence d'un rejet de tiers payant, le participant doit s'acquitter de la facture et l'adresser à l'IPSEC qui lui versera sa prestation sans limitation, telle que prévue au contrat.

## ARTICLE 9 – MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE MOBILITE DE L'AGENT

L'agent faisant l'objet d'une mobilité vers une collectivité territoriale ou un établissement public d'une collectivité territoriale peut bénéficier d'un maintien des garanties prévues au présent contrat, si la collectivité ou l'établissement public susvisé n'a mis en place aucun dispositif de protection sociale complémentaire au bénéfice de son personnel conforme au Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

Le maintien de l'ensemble des droits et obligations stipulés au présent contrat débute au 1<sup>er</sup> jour de la mobilité de l'agent, sous réserve du paiement des cotisations prévues ci-après. Toutefois, l'agent peut renoncer au bénéfice de ce maintien dans les 10 jours de la prise d'effet de sa mobilité, en adressant un écrit à l'Adhérent.

Le maintien des conditions du présent contrat dure un an maximum. En tout état de cause, il prend fin de plein droit si la collectivité territoriale ou l'établissement public met en place un dispositif de protection sociale complémentaire au bénéfice de son personnel conforme au Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

L'Institution recouvre les cotisations individuellement auprès de chaque agent bénéficiant du maintien de garanties, et ce mensuellement, à terme échu. Il est précisé que l'Adhérent ne participe pas au financement de ce maintien de garantie.

Par ailleurs, en cas de non-paiement de cotisations, est applicable la procédure de résiliation stipulée aux Conditions générales du présent contrat dans l'hypothèse où l'Adhérent ne procède pas au précompte des cotisations.

## ARTICLE 10 – COTISATIONS

### 10-1. Taux de cotisation

Les taux de cotisation stipulés ci-dessous sont réputés TTC (toutes taxes comprises). Ils incluent notamment la taxe sur les conventions d'assurance.

Lorsque le conjoint, tel que visé à l'article 5.2 des présentes Conditions particulières, est assuré, une cotisation est due en fonction de son âge. Elle s'ajoute à celle due par le participant qui, quant à elle, est déterminée à la fois en fonction de son âge et du nombre d'enfants à charge, le cas échéant.

Le tarif applicable variant selon l'âge du participant ou de son conjoint, le changement de tranches d'âge et du tarif y afférent est effectif au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant leur anniversaire, respectivement pour le tarif qui leur est applicable.

#### 10-1-1. Niveau des taux de cotisations

⇒ Taux de cotisations applicables aux actifs

Les garanties de la présente adhésion sont accordées moyennant le paiement de cotisations mensuelles, dont le montant est fixé en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale :

NIVEAU 1			
	Assuré seul / conjoint	Assuré + 1 enfant	Assuré + 2 enfants ou plus
Moins de 30 ans	0,66 %	1,12 %	1,59 %
De 30 à 39 ans inclus	0,78 %	1,25 %	1,70 %
De 40 à 49 ans inclus	1,02 %	1,54 %	2,05 %
50 ans et plus	1,50 %	2,02 %	2,53 %
NIVEAU 2			
	Assuré seul / conjoint	Assuré + 1 enfant	Assuré + 2 enfants ou plus
Moins de 30 ans	1,08 %	1,70 %	2,33 %
De 30 à 39 ans inclus	1,25 %	1,87 %	2,48 %
De 40 à 49 ans inclus	1,60 %	2,29 %	2,97 %
50 ans et plus	2,18 %	2,87 %	3,56 %
NIVEAU 3			
	Assuré seul / conjoint	Assuré + 1 enfant	Assuré + 2 enfants ou plus
Moins de 30 ans	1,28 %	2,01 %	2,74 %
De 30 à 39 ans inclus	1,48 %	2,22 %	2,94 %
De 40 à 49 ans inclus	1,92 %	2,72 %	3,53 %
50 ans et plus	2,61 %	3,42 %	4,23 %



⇒ Taux de cotisations applicables aux retraités

Les garanties de la présente adhésion sont accordées moyennant le paiement de cotisations mensuelles, dont le montant est fixé en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale :

NIVEAU 1			
	Assuré seul / conjoint	Assuré + 1 enfant	Assuré + 2 enfants ou plus
Retraités	1,50 %	2,02 %	2,53 %
NIVEAU 2			
	Assuré seul / conjoint	Assuré + 1 enfant	Assuré + 2 enfants ou plus
Retraités	2,18 %	2,87 %	3,56 %
NIVEAU 3			
	Assuré seul / conjoint	Assuré + 1 enfant	Assuré + 2 enfants ou plus
Retraités	2,61 %	3,42 %	4,23 %

**10-1-2. Evolution des taux de cotisations**

Par dérogations aux Conditions générales, les taux de cotisations seront réputés fixes jusqu'au 31 août 2016, hors évolution du montant du plafond mensuel de la Sécurité sociale et hors impact lié à l'évolution de la réglementation ou de la fiscalité.

Toute évolution de la réglementation relative aux taxes grevant le présent contrat s'appliquera de plein droit. Elle ne nécessitera pas la rédaction d'un avenant, même si cette modification porte sur le montant de ces taxes et implique une variation des cotisations susmentionnées.

A partir du 1<sup>er</sup> septembre 2016, les taux de cotisations pourront évoluer dans les cas prévus par l'article 20 du Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

Les résultats techniques sont étudiés chaque fin d'année par l'Institution. Ils peuvent justifier une variation de cotisations à effet du 1<sup>er</sup> janvier suivant. L'augmentation des taux n'excèdera pas 20 % par an, à garanties et tranches d'âge identiques.

Le changement de cotisations doit être notifié au plus tard le 30 juin de l'année N. Il prend effet le 1<sup>er</sup> janvier de l'année N+1.

En cas de désaccord, les adhérents doivent en aviser l'Institution au plus tard le 30 novembre, ce refus entraînant la résiliation du contrat au 31 décembre de l'exercice en cours. A défaut, les adhérents sont réputés avoir accepté le changement de taux.

**10-1-3. Paiement des cotisations**

Par dérogation aux Conditions générales, le montant des cotisations sera acquittée mensuellement par la collectivité pour les agents actifs, et ce dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception des demandes de paiement.

Le montant des cotisations sera appelé mensuellement et de manière individuelle auprès des agents retraités ou ayant quitté la collectivité.

L'Adhérent reconnaît avoir lu tous les documents contractuels, avoir été informé de la mise en œuvre de l'ensemble de leurs dispositions et les accepte.

Fait en deux exemplaires originaux,

À Paris,  
Le  
Pour l'IPSEC,  
Le Directeur général  
Quentin BERIOT

À  
Le  
Pour l'Adhérent,  
Le Président  
Vincent FELTESSE

Cachet de l'Adhérent

Projet Conditions Particulières

**CONTRAT D'ADHESION FRAIS DE SOIN DE SANTE**  
**CONDITIONS PARTICULIERES - Avenant n°1**

Entre, d'une part, :

**BORDEAUX METROPOLE**

Etablissement public de coopération intercommunale, inscrite sous le N° SIRET 243 300 316 00011  
– APE 8411Z

Dont le siège social et l'adresse administrative sont : Esplanade Charles de Gaulle – 33076 BORDEAUX Cedex  
Dûment représentée par : Monsieur Alain JUPPE, en sa qualité de : Président

Ci-après dénommée l'**Adhérent** et, d'autre part :

Et

**IPSEC**

Institution de prévoyance des salariés des entreprises du groupe de la Caisse des dépôts et autres collectivités,  
Organisme assureur régi par le Code de la Sécurité sociale,  
Agréée par arrêté ministériel sous le n° 675

Immatriculée sous le n° SIRET 775 666 357 00063 - APE 8430B

Dont le siège social se situe 16-18, place du Général Catroux à Paris 17<sup>ème</sup>

Dûment représentée par : Monsieur Jérôme SABOURIN, en sa qualité de : Directeur général

Ci-après dénommée l'**Institution**, il est convenu d'un commun accord les dispositions ci-après.



## **ARTICLE 1 - MODIFICATION DES GARANTIES FRAIS DE SANTE**

### **1.1. Dispositions relatives aux garanties**

L'article 5-1, alinéa 1 des conditions particulières du contrat d'adhésion « frais de santé UF23 FS » est modifié comme suit : « Les garanties frais de santé de l'adhésion U23 FS sont exprimées en complément des remboursements de la Sécurité sociale. »

### **1.2. Dispositions relatives à l'adhésion du participant, aux choix et changement de garanties**

L'article 5.3.2 des conditions particulières du contrat d'adhésion « frais de santé UF23 FS », est complété par un alinéa supplémentaire rédigé comme suit :

« les agents ayant adhéré au contrat U23 FS postérieurement au 1er janvier 2014 auront la possibilité de modifier leur choix vers le régime de niveau inférieur au 1er janvier 2016 sans justifier d'une affiliation préalable de 2 ans à la précédente option. »

Cette dérogation est uniquement valable pour les changements de régime au 1er janvier 2016.

### **1.3. Modification des garanties frais de santé**

Les garanties frais de santé de l'adhésion n°U23 FS sont mises en conformité avec les dispositions du contrat responsable telles que définies à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Cette réglementation a pour objectif de mieux maîtriser les pratiques tarifaires en matière de soins, de limiter le reste à charge et de contribuer au contrôle du coût de la santé pour les assurés.

Elle permet :

- Un meilleur remboursement des dépassements d'honoraires des médecins qui adhèrent au CAS (Contrat d'Accès aux Soins) par rapport à la prise en charge des honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au CAS;
- La prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur pour les soins de ville ;
- Le remboursement des soins dentaires à 125 % de la base de remboursement y compris le remboursement de la Sécurité sociale ;
- Le remboursement tous les deux ans pour les adultes d'un équipement complet de correction optique (une monture et deux verres correcteurs) ;
- Le remboursement du forfait hospitalier sans limitation de durée pour les établissements de santé.

Les garanties concernées par une mise en conformité avec les dispositions du contrat responsable sont détaillées dans le tableau en annexe.

Le respect de ce nouveau régime du contrat responsable s'ajoute à l'application de la réglementation précédente sur le parcours de soins exposée dans l'article 6 des conditions particulières du contrat d'adhésion « frais de santé UF23 FS », en annexe de la délibération du conseil de communauté du 12 juillet 2013.

Ces dispositions ne sont pas exclusives de celles découlant d'autres textes réglementaires à paraître.

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 1	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 2	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 3	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
				Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

GARANTIES CONCERNEES PAR LA MISE EN CONFORMITE ET EVOLUANT AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2016 **A LA HAUSSE** OU **A LA BAISSSE**

ACTES MEDICAUX COURANTS												
<b>Actes médicaux courants conventionnés ou respectant le contrat d'accès aux soins</b>												
Généraliste, consultations et visites :												
• Secteur 1 conventionné	TM	TM + 60 % BR	TM + 100 % BR	X								
• Secteur 2 conventionné adhérent au CAS	TM	TM + 60 % BR	TM + 100 % BR	X								
Spécialiste, consultations et visites :												
• Secteur 1 conventionné	TM	TM + 120 % BR	TM + 150 % BR	X								
• Secteur 2 conventionné adhérent au CAS	TM	TM + 120 % BR	TM + 150 % BR	X								
Petite chirurgie (CAS)	TM	TM + 120 % BR	TM + 150 % BR	X								
<b>Actes médicaux courants non conventionnés ou ne respectant pas le contrat d'accès aux soins</b>												
Généraliste, consultations et visites :												
• Secteur 2 conventionné hors CAS	TM	TM + 40 % BR	TM + 80 % BR	X								
• Secteur 3 non conventionné hors CAS	TM	TM + 40 % BR	TM + 80 % BR	X								
Spécialiste, consultations et visites :												
• Secteur 2 conventionné hors CAS	TM	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR	X								
• Secteur 3 non conventionné hors CAS	TM	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR	X								
Petite chirurgie (hors CAS et non conventionné)	TM	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR	X								

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 1	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 2	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 3	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
				Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

GARANTIES CONCERNEES PAR LA MISE EN CONFORMITE ET EVOLUANT AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2016 **A LA HAUSSE** OU **A LA BAISSSE**

Pharmacie remboursée (base TFR) :												
• 15 %	35 % TFR	TFR	TFR	X								
• 30 %	TFR	TFR	TFR	X								
• 65 %	TFR	TFR	TFR	X								
Imagerie médicale	TM	TM	TM	X								
Auxiliaires médicaux :												
• Infirmier	TM	TM	TM	X								
• Masseur-kinésithérapeute				X								
• Orthophoniste				X								
• Orthoptiste				X								
• Pédicure-podologue				X								
• Sage-femme				X								
Analyse et examen de laboratoire	TM	TM	TM	X								
Transport, non lié à une hospitalisation :												
• remboursé par la SS	TM	TM	TM	X							X	
• non remboursé par la SS	Aucune prestation					X					X	
Prestations complémentaires												
Médecine douce :	30 € / séance (maxi 3	50 € / séance (maxi	50 € / séance (maxi		X							
• Ostéopathe	séances / an et / bénéficiaire)	3 séances / an et / bénéficiaire)	5 séances / an et / bénéficiaire)									
Vaccin non remboursé par la SS	Aucune prestation	50 € / an / bénéficiaire	75 € / an / bénéficiaire		X	X						
Pilule contraceptive	40 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire		X	X						
Sevrage tabagique	50 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire	75 € / an / bénéficiaire		X	X						

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 1	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 2	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 3	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
				Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

GARANTIES CONCERNEES PAR LA MISE EN CONFORMITE ET EVOLUANT AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2016 **A LA HAUSSE** OU **A LA BAISSSE**

HOSPITALISATION												
Hospitalisation médicale :				+ décompte SS en cas d'hospitalisation en établissement non conventionné								
• Frais de séjour <sup>1</sup> établissement conventionné	TM	TM	TM + 50 % BR				X					
• Frais de séjour <sup>1</sup> établissement non conventionné	TM	TM	TM + 50 % BR				X					
• Honoraires médicaux <sup>1</sup> secteur 1 conventionnés	TM	TM + 100 % BR	TM + 150 % BR				X					
• Honoraires médicaux <sup>1</sup> secteur 2 conventionnés - adhérent au CAS	TM	TM + 100 % BR	TM + 150 % BR				X					
• Honoraires médicaux <sup>1</sup> secteur 2 conventionnés - hors CAS	TM	TM + 80 % BR	TM + 100 % BR				X	X				
• Honoraires médicaux <sup>1</sup> secteur 3 non conventionnés	TM	TM + 80 % BR	TM + 100 % BR				X	X				
Hospitalisation chirurgicale :				+ décompte SS en cas d'hospitalisation en établissement non conventionné								
• Frais de séjour <sup>1</sup> établissement conventionné	TM	TM	TM + 50 % BR				X					
• Frais de séjour <sup>1</sup> établissement non conventionné	TM	TM	TM + 50 % BR				X					
• Honoraires médicaux <sup>1</sup> secteur 1 conventionnés	TM	TM + 100 % BR	TM + 150 % BR				X					
• Honoraires médicaux <sup>1</sup> secteur 2 conventionnés - adhérent au CAS	TM	TM + 100 % BR	TM + 150 % BR				X					
• Honoraires médicaux <sup>1</sup> secteur 2 conventionnés - hors CAS	TM	TM + 80 % BR	TM + 100 % BR				X	X				
• Honoraires médicaux <sup>1</sup> secteur 3 non conventionnés	TM	TM + 80 % BR	TM + 100 % BR				X	X				

<sup>1</sup> Pendant 365 jours minimum

<sup>2</sup> Pendant 90 jours minimum

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 1	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 2	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 3	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
				Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

GARANTIES CONCERNEES PAR LA MISE EN CONFORMITE ET EVOLUANT AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2016 **A LA HAUSSE** OU **A LA BAISSSE**

Hospitalisation liée à un accouchement par voie naturelle :				+ décompte SS en cas d'hospitalisation en établissement non conventionné								
• Frais de séjour <sup>1</sup> établissement conventionné	TM	TM	TM + 50 % BR				X					
• Frais de séjour <sup>1</sup> établissement non conventionné	TM	TM	TM + 50 % BR				X					
• Honoraires médicaux <sup>1</sup> secteur 1 conventionnés	TM	TM + 100 % BR	TM + 150 % BR				X					
• Honoraires médicaux <sup>1</sup> secteur 2 conventionnés - adhérent au CAS	TM	TM + 100 % BR	TM + 150 % BR				X					
• Honoraires médicaux <sup>1</sup> secteur 2 conventionnés - hors CAS	TM	TM + 80 % BR	TM + 100 % BR				X	X				
• Honoraires médicaux <sup>1</sup> secteur 3 non conventionnés	TM	TM + 80 % BR	TM + 100 % BR				X	X				
Hospitalisation liée à un accouchement par césarienne :				+ décompte SS en cas d'hospitalisation en établissement non conventionné								
• Frais de séjour <sup>1</sup> établissement conventionné	TM	TM	TM + 50 % BR				X					
• Frais de séjour <sup>1</sup> établissement non conventionné	TM	TM	TM + 50 % BR				X					
• Honoraires médicaux <sup>1</sup> secteur 1 conventionnés	TM	TM + 100 % BR	TM + 150 % BR				X					
• Honoraires médicaux <sup>1</sup> secteur 2 conventionnés - adhérent au CAS	TM	TM + 100 % BR	TM + 150 % BR				X					
• Honoraires médicaux <sup>1</sup> secteur 2 conventionnés - hors CAS	TM	TM + 80 % BR	TM + 100 % BR				X	X				
• Honoraires médicaux <sup>1</sup> secteur 3 non conventionnés	TM	TM + 80 % BR	TM + 100 % BR				X	X				
Chambre particulière	-	2,15 % PMSS	2,8 % PMSS				X	X				
Forfait journalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR				X					

<sup>1</sup> Pendant 365 jours minimum ;

<sup>2</sup> Pendant 90 jours minimum



NATURE DES ACTES	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 1	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 2	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 3	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
				Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

GARANTIES CONCERNEES PAR LA MISE EN CONFORMITE ET EVOLUANT AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2016 **A LA HAUSSE** OU **A LA BAISSSE**

Forfait pour tout acte > 120 €	100 % FR	100 % FR	100 % FR				X					
Accompagnement de personne												
• Lit + frais de repas	2 % PMSS / jour	2 % PMSS / jour	2 % PMSS / jour						X	X		
Transport lié à une hospitalisation :												
• remboursé par la SS	TM	TM	TM	X								
• non remboursé par la SS	Aucune prestation									X		X

CURES THERMALES REMBOURSEES PAR LA SECURITE SOCIALE												
Honoraires médicaux	TM	TM	TM	X								
Forfait thermal	Aucune prestation	5 % PMSS	10 % PMSS		X							
Hébergement	TM	TM	TM		X						X	
Transport	TM	TM	TM							X	X	

APPAREILLAGES REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE												
A votre demande, l'IPSEC peut procéder à une avance auprès du praticien. Il vous suffit d'en faire une demande écrite, accompagnée d'un devis. Le montant de l'avance éventuellement consentie est limité à 60 % des prestations prévues ci-dessous et, en tout état de cause, à 1200 €.												
Appareil auditif	TM + 50 % BR	TM + 250 % BR	TM + 400 % BR	X	X							
Petit appareillage	TM + 50 % BR	TM + 200 % BR	TM + 300 % BR	X	X							
Grand appareillage	TM + 50 % BR	TM + 200 % BR	TM + 300 % BR	X	X							

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 1	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 2	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 3	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
				Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

GARANTIES CONCERNEES PAR LA MISE EN CONFORMITE ET EVOLUANT AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2016 **A LA HAUSSE** OU **A LA BAISSSE**

FRAIS DENTAIRES												
A votre demande, l'IPSEC peut procéder à une avance auprès du praticien pour les prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale et l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale. Il vous suffit d'en faire une demande écrite, accompagnée d'un devis. Le montant de l'avance éventuellement consentie est limité à 80 % des prestations prévues ci-dessous et, en tout état de cause, à 1200 €.												
Soins dentaires :												
• Remboursés par la Sécurité sociale	TM + 25 % BR	TM + 25 % BR	TM + 30 % BR	X	X							
• Non remboursés par la Sécurité sociale	Aucune prestation				X							
• Hors nomenclature					X							
• Onlays remboursés par la Sécurité sociale / Inlays remboursés par la Sécurité sociale	TM + 25 % BR	TM + 25 % BR	TM + 30 % BR	X	X							
Prothèses dentaires :												
• Remboursées par la Sécurité sociale	TM + 100 % BR	TM + 300 % BR	TM + 400 % BR	X	X							
• Non remboursées par la Sécurité sociale	Aucune prestation				X							
• Hors nomenclature					X							
Orthodontie :												
• Remboursée par la Sécurité sociale	TM + 25 % BR	TM + 175 % BR	TM + 250 % BR	X	X							
• Non remboursée par la Sécurité sociale	Aucune prestation	175 % BR	250 % BR		X							
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	TM	TM	TM + 30 % BR	X	X							
Prestations complémentaires												
Implantologie	Aucune prestation	Maximum 1400 € / an et / bénéficiaire	Maximum 2100 € / an et / bénéficiaire		X							

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 1	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 2	PRESTATIONS IPSEC NIVEAU 3	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'IPSEC								
				Décompte SS *	Facture originale détaillée acquittée	Copie de la prescription médicale	Facture hospitalière originale acquittée	Note d'honoraires originale acquittée	Bulletin de situation	Justificatifs de dépense	Copie prise en charge administrative	Refus SS

GARANTIES CONCERNEES PAR LA MISE EN CONFORMITE ET EVOLUANT AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2016 **A LA HAUSSE** OU **A LA BAISSSE**

## FRAIS OPTIQUES

### Définition des corrections :

Verres simples : la sphère est comprise entre - 6 et +6 et le cylindre < ou égal à 4

Verres complexes : la sphère hors zone de - 6 à + 6 ou cylindre supérieur à + 4 multifocaux ou progressifs

Verres hypercomplexes : multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 ou a verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 pour adulte

### Enfant (moins de 18 ans) un forfait d'une monture + deux verres tous les ans

Monture	50 €	100 €	150 €	X	X							
Verre simple	55 €	92,50 €	105 €	X	X							
Verre complexe	100 €	120 €	137,50 €	X	X							
Verre hypercomplexe	105 €	187,50 €	255 €	X	X							

### Adulte : un forfait d'une monture + 2 verres tous les deux ans hors évolution de la vue

Monture	65 €	130 €	150 €	X	X							
Verre simple	55 €	92,50 €	105 €	X	X							
Verre complexe	100 €	120 €	137,50 €	X	X							
Verre hypercomplexe	105 €	187,50 €	255 €	X	X							
Lentilles remboursées par la SS	6,60 % PMSS	8,80 % PMSS	16 % PMSS	X	X							
Lentilles non remboursées par la SS	Aucune prestation	7,40 % PMSS	8,60 % PMSS		X	X						
Chirurgie réfractive de l'œil	Aucune prestation	17 % PMSS par œil	25 % PMSS par œil		X	X						

## **ARTICLE 2 - CHANGEMENT DE TIERS PAYANT**

Le Tiers payant mis à disposition de Bordeaux Métropole dénommé « VIAMEDIS » est remplacé à compter du 1er janvier 2016 après accord écrit de l'adhérent Bordeaux Métropole par le tiers payant « I SANTE ».

A partir de cette date, l'IPSEC met à disposition des assurés un service de dispense d'avance de frais dans la limite des garanties prévues par l'adhésion U23 FS.

Une carte nominative, comportant les bénéficiaires et les garanties concernés, sera envoyée chaque année au participant.

## **ARTICLE 3 - DATE D'EFFET**

Les dispositions du présent avenant prennent effet le **1er janvier 2016**.

L'Adhérent reconnaît avoir lu tous les documents contractuels, avoir été informée de la mise en œuvre de l'ensemble de leurs dispositions et les accepte.

Fait en deux exemplaires originaux,

À Paris,  
Le  
Pour l'IPSEC,  
Jérôme SABOURIN  
Directeur Général

À  
Le  
Pour Bordeaux Métropole,  
Alain JUPPE  
Président

Cachet