

Contrat Collectif Non Responsable Santé

Contrat n°1934/100

Entreprise adhérente :
GSA +
102 Terrasse Boieldieu
92800 Puteaux

Dispositions Particulières

Conformément aux Dispositions Générales n°10.008.294, les présentes Dispositions Particulières précisent :

Ce contrat est souscrit en complément de votre contrat collectif à adhésion obligatoire Allianz n°1934, par la suite appelé « contrat de base ».

- **La date d'effet du contrat : 1^{er} avril 2021**

- **La catégorie de personnel assuré :**

La totalité des membres de votre personnel.

- **Les bénéficiaires des garanties :**

Les assurés et les membres de leur famille définis au chapitre « Les garanties et prestations », paragraphe I des Dispositions Générales.

- **Les taux de cotisation :**

Le montant de vos cotisations (taxes comprises compte tenu de la législation en vigueur à la date d'effet précitée), exprimé en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale en vigueur pour la période d'assurance au titre de laquelle les cotisations sont dues, est fixé comme suit :

Les taux de cotisation s'ajoutent à ceux prévus au contrat de base

- **1,97 %** par Adulte
- **1,08 %** par Enfant

Vos **cotisations** sont **indexées** automatiquement à **effet de chaque 1^{er} janvier**, dans les conditions prévues au chapitre « Les cotisations » paragraphe I.1 des Dispositions générales.

- **Les garanties et les prestations**

Nos prestations sont complémentaires aux prestations en nature des assurances Maladie et Maternité de la Sécurité sociale et à celles du Régime Professionnel de Prévoyance (RPP) et à celles d'Allianz au titre de votre contrat de base. Leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par ces organismes des frais engagés par le bénéficiaire, sauf éventuelles dispositions contraires figurant ci-après.

Les garanties mises en vigueur sont celles citées ci-après :

Les montants figurant dans le tableau ci-dessous s'entendent :

- sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et du Régime Professionnel de Prévoyance du personnel des sociétés d'Assurances, sauf s'il est précisé « en complément des prestations de la Sécurité sociale »
- y compris ceux du contrat de base.

Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et plafonnées aux honoraires limites de facturation.

Nature des garanties	Limite de remboursements dont Sécurité sociale, RPP et contrat de base
Hospitalisation (y compris maternité)	
Honoraires	
Praticiens adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % des frais réels
Praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Participation forfaitaire pour les actes techniques médicaux lourds	100 % des frais réels
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Etablissements conventionnés	
Frais de séjour	100 % des frais réels
Chambre particulière	5 % du P.M.S.S par jour
Transport accepté par la Sécurité sociale	260 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Etablissements non conventionnés	
Frais de séjour	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Chambre particulière	5 % du P.M.S.S par jour
Transport accepté par la Sécurité sociale	260 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Frais divers	
Lit accompagnant en cas d'hospitalisation d'enfant de moins de 12 ans	3 % du P.M.S.S par jour
Forfait naissance	
Forfait naissance	20 % du P.M.S.S



Soins courants	
Honoraires médicaux	
Généralistes et Spécialistes : consultations, visites médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	490 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Généralistes et Spécialistes : consultations, visites médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Actes de spécialités : médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	1000 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Actes de spécialités : médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Radiologie : médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	490 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Radiologie : médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux	420 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	420 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Médicaments	
Médicaments (y compris vaccins pris en charge par la Sécurité sociale) remboursés par la Sécurité sociale.	100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale calculé : - soit sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité, - soit sur la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les médicaments où le tarif forfaitaire de responsabilité ne peut être appliqué.
Matériel médical	
Prothèses médicales, appareillage (hors auditif) pris en charge par la Sécurité sociale	525 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Divers	
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale	20 % du P.M.S.S. en complément des prestations de la Sécurité sociale
Aides auditives :	
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans	
Equipements 100% Santé (*)	
Equipement de classe I	100% des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) fixés par la réglementation
Equipements hors 100% Santé	
Equipement de classe II	625 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite du plafond de prise en charge prévue par la réglementation



Optique

La garantie optique s'applique, à partir de la dernière facturation d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans, pour les assurés âgés de 16 ans et plus,
- par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans,
- par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

La période de 2 ans applicable aux assurés de 16ans et plus est réduite en cas d'évolution de la vue à un an pour la prise en charge d'un équipement complet.

La période d'un an n'est pas opposable aux enfants de moins de 16 ans pour les verres en cas d'évolution objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Dans tous les cas aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, deux équipements correspondant à chacun des deux déficits mentionnés peuvent être garantis.

Equipements 100% santé (*)

Verres de classe A	100% des frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
---------------------------	--

Monture de classe A	100% des frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
----------------------------	--

Equipements optique de classe B hors 100% santé

Pour un équipement : 2 verres simples + monture	753 euros dont 10 % du P.M.S.S au maximum pour la monture
---	---

Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre complexe + monture	923 euros dont 10 % du P.M.S.S au maximum pour la monture
--	---

Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre très complexe + monture	998 euros dont 10 % du P.M.S.S au maximum pour la monture
---	---

Pour un équipement : 2 verres complexes+ monture	1093 euros dont 10 % du P.M.S.S au maximum pour la monture
--	--

Pour un équipement : 1 verre complexe + 1 verre très complexe + monture	1168 euros dont 10 % du P.M.S.S au maximum pour la monture
---	--

Pour un équipement : 2 verres très complexes+ monture	1243 euros dont 10 % du P.M.S.S au maximum pour la monture
---	--

Ces montants incluent le remboursement de la Sécurité sociale

Equipements mixtes classes A et B

	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture
2 Verres de classe A + monture de classe B	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de vente	Dans la limite prévue à la garantie « classe B » ci- dessus
2 Verres de classe B + monture de classe A	Dans la limite prévue à la garantie « classe B » ci-dessus	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de vente

Autres

Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables)	10 % du P.M.S.S par an et par bénéficiaire, avec un remboursement minimal égal au ticket modérateur pour les lentilles prises en charge
--	--

Chirurgie réfractive	550 € par œil et par an
----------------------	--------------------------------

Prestations d'adaptation	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
--------------------------	---



Dentaire	
Soins et prothèses 100% santé (*)	
Equipement 100% Santé	Frais réels dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) sous déduction des prestations de la Sécurité sociale
Soins hors 100% santé	
Soins dentaires	220 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Prothèses dentaires hors 100% santé	
Prothèses dentaires (y compris prothèses provisoires et hors appareils amovibles) prises en charge par la Sécurité sociale	490 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Inlay core	470% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Appareils amovibles résine	600% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Appareils amovibles métallique	510% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Traitements d'orthodontie	
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	800 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Traitements dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale	588 euros par an et par bénéficiaire
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale	27 % du P.M.S.S par semestre (maximum 4 semestres)
Actes de parodontologie non pris en charge par la Sécurité sociale, pour les 4 actes suivants :	
curetage/surfaçage	140 euros par séance (maximum 2 séances par an et par bénéficiaire)
greffe gingivale	410 euros par greffe (maximum 1 greffe par an et par bénéficiaire)
allongement coronaire	120 euros par intervention (maximum 4 interventions par an et par bénéficiaire)
lambeau	220 euros par intervention (maximum 4 interventions par an et par bénéficiaire)
Implantologie :	
Implant racine	1870 euros par an et par bénéficiaire
Pilier implantaire	8 % du P.M.S.S par an et par bénéficiaire
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale	
Ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, homéopathes et étioopathes reconnus professionnellement et habilités à effectuer de tels actes	5 % du P.M.S.S par an et par bénéficiaire pour le cumul des actes mentionnés
Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	6 % du P.M.S.S par an et par bénéficiaire
Médicaments prescrits (y compris contraception) non pris en charge par la Sécurité sociale	50 euros par an et par bénéficiaire
Sevrage tabagique	30 euros par an et par bénéficiaire



Actes de prévention

Les actes de prévention (en application de l'article R871-2 II du Code de la Sécurité sociale) et listés à l'arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur.

(*) tels que définis réglementairement dans la limite: des honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et des prix limites de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives. Les remboursements s'entendent déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire et du Régime Professionnel de Prévoyance.

Définitions :

- **« 100 % santé »** : Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.
Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ».
- **Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée :**
Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale.
Sont visés l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).
- **PLV : Prix Limite de Vente** des montures et verres de classe A sont fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'art L 165-1 du code de la Sécurité sociale
- **HLF : Honoraire limite de Facturation** : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.
A compter de 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires dont en particulier celles contenues dans le panier « à prise en charge renforcé ».
- **P.M.S.S. :** Plafond mensuel de la Sécurité sociale.
- **P.A.S.S. :** Plafond annuel de la Sécurité sociale.
- **Ticket modérateur :** Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par cet organisme.



- **Verres simples :**
verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et $+6,00$ dioptries,
verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à $+4,00$ dioptries,
verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à $6,00$ dioptries.
- **Verres de correction complexe :**
verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de $-6,00$ à $+6,00$ dioptries,
verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à $+4,00$ dioptries,
verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à $-6,00$ dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à $0,25$ dioptrie,
verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à $6,00$ dioptries,
verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre $-4,00$ et $+4,00$ dioptries,
verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre $-8,00$ et $0,00$ dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à $+4,00$ dioptries,
verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à $8,00$ dioptries.
- **Verres de correction très complexe :**
verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de $-4,00$ à $+4,00$ dioptries;
verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre $-8,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à $+4,00$ dioptries
verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à $-8,00$ dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à $0,25$ dioptrie
verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à $8,00$ dioptries.

*

* *

- **Services Santé Clair**

Votre contrat permet à ses bénéficiaires d'avoir accès au réseau Santéclair, partenaire d'Allianz, à des prestations qualitatives à prix négociés.

*

* *

- **Protection des données personnelles**

Nous recueillons vos données personnelles et les utilisons pour la gestion de cette demande et pour notre relation commerciale. Elles sont destinées prioritairement à votre interlocuteur Allianz et aux entreprises du Groupe Allianz; mais également aux différents organismes et partenaires en lien avec les entreprises du Groupe Allianz.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union Européenne. Dans ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données.

Vos informations personnelles nous aident à mieux vous connaître et ainsi à vous proposer des solutions et services qui vous correspondent. Nous les conservons tout au long de la vie de votre contrat. Une fois ce dernier fermé, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Vous gardez bien sûr tout loisir d'y accéder, de demander leur modification, rectification, portabilité ou effacement et de vous opposer à leur utilisation. Vous pouvez également prendre contact avec le responsable des données personnelles pour toute information ou contestation (loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978). Pour cela, il vous suffit d'adresser une demande écrite à votre interlocuteur Allianz dont les coordonnées figurent sur le présent document.

Vous pouvez également vous adresser à la CNIL.

J'accepte de recevoir les offres commerciales personnalisées distribuées par mon interlocuteur Allianz

Oui Non

Le ciblage des offres commerciales peut être automatisé et basé sur des profils de clients ou de prospects.

Pour plus de détail, reportez-vous aux documents contractuels, notamment les dispositions générales ou notices d'information et les sites internet d'Allianz et de votre interlocuteur Allianz.

Protéger nos clients et nous protéger nous-mêmes est au cœur de la politique de maîtrise des risques d'Allianz et de la lutte anti-fraude. Aussi, nous gardons la possibilité de vérifier ces informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes.

*
* *



Vous reconnaissez avoir reçu l'original de la notice d'information résumant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et d'application et les formalités à accomplir en cas de sinistre, et vous vous engagez à en remettre contre récépissé une copie à chaque salarié faisant partie de la catégorie de personnel assuré ainsi qu'à tout nouveau salarié lors de son entrée dans la catégorie de personnel définie ci-avant.

*
* *

Le Contrat est constitué des présentes Dispositions Particulières signées de l'Entreprise adhérente et de l'Assureur, et des Dispositions Générales n° 10.008.294.

*
* *

Fait en deux originaux, à Paris, le 26 mars 2021

Pour l'Entreprise adhérente :



GSA+
Groupement de services assurance
Tour W
102 Terrasse Boieldieu
CS 40205
92085 PARIS LA DEFENSE CEDEX

Pour l'Assureur :



Allianz Vie
Entreprise régie par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 643.054.425 €
1 cours Michelet
CS 30051 92076 Paris La Défense Cedex
340 234 962 RCS Nanterre

*
* *

