

BCAC

RPP
FRAIS DE SANTÉ



**Notice
d'information**
à effet du
1^{er} janvier 2023

Réservé au personnel des sociétés d'assurances

La présente notice est celle prévue à l'article L.141-4 du Code des assurances. Elle a été établie par le Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC)¹, mandataire des compagnies d'assurances coassurant les contrats frais de santé souscrits par l'Association de Surveillance des Activités Retraite et Prévoyance Assurances (ASARPA)². Cegedim est en charge de la gestion du Régime RPP.

La présente notice d'information RPP remplace la précédente à compter du 1^{er} janvier 2023 (date de sa prise d'effet) pour les sinistres dont le fait générateur survient à compter de cette date.

(1) GIE régi par les articles L.251-1 et suivants du Code de commerce, immatriculé au RCS de Nanterre sous le numéro 312 395 684.

(2) Siège social : 4 place des Saisons 92400 Courbevoie. Adresse postale : Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC) TSA 30002, 92926 La Défense Cedex.



SOMMAIRE

1_ Objet	3	Annexe 1 Liste des coassureurs	12
2_ Bénéficiaires	3	Annexe 2 Maintien de la garantie remboursement des frais de soins	13
3_ Obligations de l'employeur et du salarié	3	<i>Application des dispositions relatives à la portabilité des droits de prévoyance visées à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale (loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi)</i>	
3.1 Obligations de l'employeur	3		
3.2 Obligations du salarié	3		
3.3 Obligations spécifiques au remboursement des frais de soins	3	Annexe 3 Maintien de la garantie remboursement des frais de soins aux anciens salariés bénéficiant d'une pension de retraite	14
3.4 Délai de présentation des dossiers - Déclarations tardives – Prescription	4		
3.5 Subrogation	4	Annexe 4 Cas d'ordre public dits « de plein droit » de dispense à l'adhésion à la complémentaire santé du RPP	15
4_ Cotisations	4		
5_ Garanties	5		
5.1 Début et cessation des garanties frais de soins	5		
5.2 Garantie remboursement des frais de soins	5		
6_ Réclamation – Médiation	9		
7_ Contrôle de l'assureur	9		
8_ Législation sur la protection des données à caractère personnel	9		
9_ Loi applicable et langue utilisée	10		

1_ OBJET

Le Régime Professionnel de Prévoyance (RPP) a pour objet de procurer aux salariés des sociétés d'assurances ou aux membres de leur famille des garanties en matière de frais de soins dans les conditions et limites prévues aux articles ci-après.

2_ BÉNÉFICIAIRES

Sont bénéficiaires les salariés :

- des entreprises ou organismes visés par les conventions collectives nationales de travail des 13 novembre 1967, 27 mars 1972, 27 mai 1992, 27 juillet 1992 ou de l'accord du 3 mars 1993 concernant les cadres de direction des sociétés d'assurances ;
- des syndicats professionnels auxquels sont adhérents les employeurs précités ou les membres de leurs personnels si ces syndicats se sont engagés à appliquer les accords professionnels en matière de retraite et de prévoyance.

L'adhésion du salarié est obligatoire dès son premier jour de travail.

Toutefois, les salariés qui sont éligibles aux cas de dispense d'ordre public issus des articles L.911-7 III, D.911-2 et D.911-6 du Code de la Sécurité sociale tels que listés en annexe de la présente notice d'information, pourront être, à leur demande, dispensés des remboursements des frais de soins (complémentaire santé du RPP : section V du règlement RPP).

Les salariés remplissant les conditions de l'une de ces dispenses doivent en faire la demande par un écrit stipulant leur refus d'affiliation et le motif exact, accompagné des justificatifs nécessaires le cas échéant, auprès de l'employeur qui en conservera la preuve et en transmettra une copie au BCAC.

En cas de rupture du contrat de travail survenant alors que l'intéressé est en arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale pour maladie ou accident, le bénéfice des dispositions du règlement RPP est maintenu pendant toute la durée de l'arrêt de travail.

3_ OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR ET DU SALARIÉ

3.1_ Obligations de l'employeur

L'employeur est tenu :

- d'affilier au RPP le salarié répondant aux conditions stipulées par le règlement du régime ;
- de précompter, sur la rémunération du salarié, les cotisations à la charge de celui-ci et fixées par le règlement ;
- de verser au BCAC, dans les délais indiqués, les cotisations fixées et de fournir les justifications demandées ;
- de fournir aux dates fixées les renseignements nécessaires sur le salarié affilié ;

- de remettre au salarié la notice d'information établie en application de l'article L. 141-4 du Code des assurances ;
- de déclarer au BCAC les sinistres dont il a connaissance.

3.2_ Obligations du salarié

Chaque salarié est tenu :

- d'accepter le précompte, par son employeur, de la cotisation à sa charge ;
- de fournir tous les renseignements demandés par le BCAC ;
- de se soumettre aux examens médicaux jugés nécessaires par le BCAC pour le versement des prestations ;
- d'adresser tous les justificatifs nécessaires à la prise en charge du sinistre à l'adresse suivante :

BCAC
Centre de gestion Santé et Prévoyance
TSA 50001
15 rue Paul Dautier
78457 Vélizy Villacoublay Cedex

Le fait de ne pas se soumettre aux obligations précitées est susceptible d'entraîner la suspension du service des prestations et la restitution des sommes indûment perçues, sans préjudice de toutes autres actions qui pourraient être intentées auprès des tribunaux compétents.

Conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances, le présent contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration.

3.3_ Obligations spécifiques au remboursement des frais de soins

Chaque assuré est tenu de vérifier auprès de sa caisse de Sécurité sociale que la télétransmission des données au BCAC est effective ; à défaut, il doit lui adresser tous les justificatifs des frais de santé engagés.

En fonction du soin, l'assuré devra transmettre les justificatifs :

- soit via son espace client : www.bcac-adherent.gestionsante.fr
- soit à l'adresse postale du BCAC :

BCAC
Centre de gestion Santé et prévoyance
TSA 50001
15 Rue Paul Dautier
78457 VELIZY VILLACOUBLAY CEDEX

Le BCAC est en droit d'exiger de l'assuré tous les renseignements ou documents originaux qu'il estime nécessaires en vue du règlement des prestations.

3.4_ Délais de présentation des dossiers - Déclarations tardives - Prescription

Les demandes de règlement sont soumises aux délais de prescription prévus par l'article L. 114-1 et suivants du Code des assurances.

Article L. 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

Article L. 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L. 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).

- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Article L. 114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

3.5 Subrogation

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que le BCAC a exposées pour le compte des coassureurs, à due concurrence de la part d'indemnités mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

4 COTISATIONS

Le Régime Professionnel de Prévoyance est financé par des cotisations patronales et salariales. Leurs taux sont exprimés comme suit :

La cotisation est assise sur le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). Le taux applicable est déterminé selon la rémunération brute de l'année N-1 de l'assuré.

	Salariés dont le salaire annuel N-1 est inférieur ou égal à 1 PASS (en % du PMSS)		Salariés dont le salaire annuel N-1 est supérieur à 1 PASS (en % du PMSS)	
	Employeur	Salarié	Employeur	Salarié
Haut-Rhin, Bas-Rhin, Moselle*	0,804 %	0,042 %	1,155 %	0,061 %
Autres départements	1,339 %	0,070 %	1,925 %	0,101 %

(* Taux de cotisations en matière de remboursement de frais de soins réduits dans les départements du Haut-Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle par rapport aux autres départements, compte tenu du régime local complémentaire obligatoire.

Pour les situations spécifiques ci-après, les modalités sont les suivantes :

- pour les salariés à temps partiel, le PASS de référence est proratisé en fonction de la durée de travail prévue par le contrat de travail ;

- pour les salariés dont le régime de travail (temps plein / temps partiel) évolue en cours d'année N-1, le PASS de référence est proratisé en fonction de la durée de travail effective globale au cours de l'année N-1 ;
- pour les salariés recrutés au cours de l'année N-1, le salaire versé au cours de ladite année est reconstitué en salaire annuel, en tenant compte éventuellement de la proratisation liée au temps partiel ;
- pour les salariés recrutés en cours de l'année N, il est tenu compte pour l'année N du salaire prévu par le contrat de travail (ou tout document équivalent) reconstitué en salaire annuel, en tenant compte éventuellement de la proratisation liée au temps partiel.

5_ GARANTIES

5.1_ Début et cessation des garanties frais de soins

5.1.1. Début des garanties

Les garanties débutent dès le 1^{er} jour de travail du salarié.

5.1.2. Cessation des garanties

5.1.2.1. Règle générale

Les garanties cessent pour le salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail.

La cessation de l'assurance s'opère de plein droit et sans aucune formalité.

5.1.2.2. Exceptions – Maintien des garanties

Les garanties peuvent être maintenues dans certains cas et sous certaines conditions qui sont reprises dans l'article 5.2.4.

En outre, sous réserve du paiement des cotisations, le bénéfice des garanties est maintenu à l'assuré dont le contrat de travail est suspendu et, le cas échéant, à ses ayants droit pour la période au titre de laquelle il bénéficie :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

5.1.3. Traitement de base

La rémunération brute servant de base de calcul à la cotisation est égale à la rémunération brute fixe et variable des 12 derniers mois précédant la date du sinistre dans la limite de huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Lorsqu'un salarié bénéficiaire a moins de 12 mois d'ancienneté chez l'employeur, le traitement de base est déterminé à partir des rémunérations brutes fixes et variables calculées au prorata temporis.

5.2_ Garantie remboursement des frais de soins

Ces remboursements sont toujours complémentaires à ceux versés au titre de l'assurance maladie et maternité par la Sécurité sociale, sauf indications contraires mentionnées au tableau de garanties ci-après.

5.2.1. Bénéficiaires

Le salarié a droit, dans les conditions ci-après, à des prestations complémentaires à celles qui lui sont versées au titre de l'assurance maladie et maternité par la Sécurité sociale.

Sont également admis au bénéfice de la garantie remboursement des frais de soins :

- Ses enfants mineurs âgés de moins de 18 ans lorsque les prestations de la Sécurité sociale sont servies sous le numéro du salarié ;
- Ses enfants âgés de plus de 18 ans qui, bien que ne bénéficiant pas des remboursements de la Sécurité sociale du chef de l'immatriculation du salarié, sont à la charge de celui-ci au sens de la législation fiscale ;
- Son conjoint, son concubin, son partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) dès lors que ces derniers justifient n'exercer aucune activité professionnelle et ne percevoir aucun revenu professionnel (traitement/salaire⁵, BIC⁶, BA⁷, BNC⁸, pension/retraite/rente⁹) tel que défini dans le cadre de l'imposition sur le revenu.

En cas de décès du salarié, les personnes énumérées ci-dessus restent couvertes pendant les douze mois qui suivent le décès, sans contrepartie de cotisation.

(5) Traitements et salaires : les revenus d'activité (les salaires et ses accessoires, les indemnités journalières de Sécurité sociale maladie et maternité, les indemnités temporaires d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les indemnités journalières complémentaires servies dans le cadre de régime de prévoyance obligatoire), les allocations chômage, les allocations de préretraite, etc.

(6) BIC : les Bénéfices Industriels et Commerciaux constituent l'une des catégories de revenu passibles de l'impôt sur le revenu.

(7) BA : Les Bénéfices Agricoles constituent l'une des catégories de revenu passibles de l'impôt sur le revenu.

(8) BNC : Les Bénéfices des professions Non Commerciales et revenus assimilés constituent l'une des catégories de revenu passibles de l'impôt sur le revenu.

(9) Pensions, retraites et rentes : les sommes perçues au titre des retraites publiques ou privées, y compris celles de source étrangère, les pensions, allocations et rentes d'invalidité imposables servies par les organismes de Sécurité sociale, les pensions alimentaires, les rentes viagères à titre onéreux, etc.

5.2.2. Garanties collectives - Barème de remboursement

Les prestations prévues dans le tableau de garanties sont fixées dans le respect des dispositions relatives au « Contrat responsable » telles que prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Elles sont également conformes aux dispositions relatives à la couverture minimale visées aux articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale.

GARANTIES	Niveau de garantie ¹ (incluant celui de la S.S. et dans la limite des frais réels)
HOSPITALISATION	
Honoraires	
Actes de chirurgie, actes de spécialité adhérent à un DPTAM	280% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité (conventionnés et non conventionnés) non adhérent à un DPTAM	200% BR
Forfait journalier hospitalier	100% FR ²
Frais de séjour	100% FR
Chambre particulière	1,50% PMSS/jour
Forfait Patient Urgence ³	100% FR, dans la limite du forfait réglementairement prévu
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Consultation – Visite généraliste (conventionnés et non-conventionnés) adhérent ou non adhérent à un DPTAM	100% BR ⁴
Consultation – Visites spécialiste (conventionnés et non-conventionnés) adhérent ou non adhérent à un DPTAM	100% BR ⁵
Actes de chirurgie, actes de spécialité adhérent à un DPTAM	270% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité (conventionnés et non-conventionnés) non adhérent à un DPTAM	200% BR
Radiologie adhérent à un DPTAM	245% BR
Radiologie non adhérent à un DPTAM	200% BR
Honoraires paramédicaux⁶	100% BR
Analyses et examens de laboratoires	100% BR
Médicaments	
Médicaments à 65% ⁷	100% BR
Médicaments à 30% ⁸	51% BR
Médicaments à 15% ⁹	36% BR
Transport (accepté par la S.S)	195% BR
Psychologie ¹⁰	Prise en charge du ticket modérateur dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire
Matériel médical	
Orthopédie et autres prothèses (remboursées par la S.S)	180% BR
Autres (remboursés par la sécurité sociale) : dispositifs médicaux et prestations inscrits à la liste prévue par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion des dispositifs médicaux intégrés dans d'autres postes	100% BR
DENTAIRE	
Soins et prothèses 100% santé*	Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des honoraires limites de facturation
Soins dentaires hors 100% santé	105% BR
Inlay onlay	105% BR
Prothèses dentaires hors 100% santé	210% BR
Orthodontie (acceptée par la S.S)	300%BR
Aides AUDITIVES	
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans.	
Equipement 100% santé*	Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des prix limites de vente
Equipement autres que 100% Santé	180% BR, dans le respect des plafonds de remboursement réglementaires
PREVENTION	
Consultations - Actes de prévention (acceptées par la S.S.)	100% BR
Contraception prescrite (y compris celle non remboursée par la SS)	50 € par an

(1) Niveau de garanties (incluant celui de la S.S. et dans la limite des frais réels) : Dans les cas spécifiques où la prise en charge de la Sécurité sociale est de 100% (ex : affection de longue durée), les prestations du régime sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur.

(2) Forfait journalier hospitalier : Dans les établissements de santé, hors établissements médico-sociaux

(3) Participation forfaitaire du patient aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement

(4) Consultation - Visite généraliste (conventionnés et non-conventionnés) adhérent ou non adhérent à un DPTAM : Pour une consultation chez le généraliste en secteur 1 à 25 € la prise en charge de la S.S. 16.50 €, celle de la complémentaire à 7.50 € et la participation forfaitaire non-remboursable à 1 €.

(5) Consultation - Visite spécialiste (conventionnés et non-conventionnés) adhérent ou non adhérent à un DPTAM : Pour une consultation chez le spécialiste en secteur 1 à 25 € la prise en charge de la S.S. 16.50 €, celle de la complémentaire à 7.50 € et la

participation forfaitaire non-remboursable à 1 €

(6) Auxiliaires médicaux : Infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues

(7) Médicament à 65% : Médicament à service médical rendu majeur ou important et préparation magistrale

(8) Médicament à 30% : Médicament à service médical rendu modéré

(9) Médicament à 15% : Médicament à service médical faible

(10) Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site MonPsy (<https://monpsy.sante.gouv.fr/annuaire>).

Pour bénéficier de la prise en charge de ces séances d'accompagnement psychologique, l'assuré doit :

- être âgé de trois ans ou plus ;
- présenter des troubles d'une nature et d'une intensité définis selon les critères fixés par l'arrêté du 8 mars 2022 ;
- être adressé à un psychologue par lettre de son médecin traitant ou d'un médecin impliqué dans sa prise en charge (orientation valable six mois).

OPTIQUE

Le dispositif **100% Santé** définit 2 classes de verres et montures : ceux de la Classe A (**100% Santé**) intégralement pris en charge et ceux de la Classe B, hors **100% Santé**

- Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement (monture limitée à 100€ [ou 30€ dans le cadre du 100% Santé] + 2 verres) par période de 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est autorisé : enfant de moins de 16 ans, ou pour raisons médicalement justifiées. Dans ce dernier cas, la période est de 1 an.
- La période précitée de deux ans s'apprécie à compter de la date de facturation de l'équipement optique (sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs).

Composition de l'équipement	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture
Classe A : 100% santé Classe B : autres que 100% santé		
Equipements 100% Santé * 2 verres A + monture A	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé	
2 verres A + monture B	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la limite du plafond des tableaux ci-dessous, déduction faite du coût des verres Et • Dans la limite de 100€
2 verres B + monture A	Dans la limite du plafond des tableaux ci-dessous, déduction faite du coût de la monture	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé
2 verres B + monture B	Dans la limite du plafond des tableaux ci-dessous. Monture limitée à 100 euros.	

PLAFONDS DE REMBOURSEMENTS POUR UN ÉQUIPEMENT HORS 100% SANTÉ

a) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> • verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ; • verres 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 ; • verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries 	100 € dont 100 € au maximum pour la monture
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	150 € dont 100 € au maximum pour la monture
c) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> • 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 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 ; 	200 € dont 100 € au maximum pour la monture
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	150 € dont 100 € au maximum pour la monture
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	200 € dont 100 € au maximum pour la monture
f) équipement à : <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	200 € dont 100 € au maximum pour la monture
Lentilles (acceptées par la S.S./an)	360 % BR
Chirurgie réfractive ou Kératotomie	250 € par œil

BR : Base de remboursement

FR : Frais réel

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

S.S. : Sécurité sociale

DPTAM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM, OPTAM-CO

OPTAM/OPTAM-CO : Options de pratiques tarifaires maîtrisées ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les médecins s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires conformément aux dispositions de l'accord en l'échange de contrepartie.

PLV : Prix limite de vente

100% Santé : dispositif qui a pour objectif de donner accès à des soins, pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire dans le domaine de l'optique, dentaire et audiologie. Son principe consiste à proposer un ensemble de soins ou équipements regroupés dans un, *Panier*, destinés à répondre aux besoins de santé essentiels. La composition des *Paniers* est définie réglementairement et visés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

*Tels que définis réglementairement

5.2.3. Contrat responsable

Le contrat d'assurance conclu au titre du RPP respecte les exigences légales et réglementaires applicables aux contrats responsables, notamment les dispositions concernant la réforme du 100% santé dont l'objectif est de garantir l'accès aux soins dans les domaines de l'optique, du dentaire et de l'audiologie sans aucun reste à charge pour l'assuré.

Le régime ne doit pas prendre en charge :

- Conformément à l'article R. 871-1 du Code de la Sécurité sociale : la majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue aux articles L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 1111-15 du Code de la santé publique (refus du droit d'accès au dossier médical personnel) ;
- Conformément à l'article R. 871-1 du Code de la Sécurité sociale : les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant (et hors protocole de soins) et ce, sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques et techniques ;
- La participation forfaitaire définie à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale ;
- Les franchises médicales définies à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de la généralisation du tiers payant*, le contrat complémentaire santé R.P.P. propose le tiers payant sur la part complémentaire à hauteur du ticket modérateur** conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables et solidaires et dans les limites édictées par ces règles.

L'effectivité de la généralisation du tiers payant sur la part complémentaire reste conditionnée par sa mise en oeuvre au niveau du professionnel de santé.

Si ce dernier refuse de l'appliquer, l'assuré devra avancer les frais et en demander le remboursement dans les conditions habituelles.

**Tiers payant : Système de « dispense d'avance de frais » pour les patients.*

***Ticket Modérateur : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD).*

5.2.4. Maintien de la garantie remboursement des frais de soins

Par exception aux dispositions de l'article 5.1.2.1., la garantie remboursement des frais de soins est maintenue :

- au salarié dont la rupture ou la cessation du contrat de travail survient alors que l'intéressé est en incapacité de travail ou en invalidité médicalement reconnue. Le salarié qui remplit toutes les conditions exigées pour recevoir une indemnité journalière ou une pension d'invalidité continue à bénéficier de la garantie remboursement des frais de soins sans contrepartie de cotisation et tant que l'intéressé n'a pas pris sa retraite ;
- au salarié dont la cessation du contrat de travail (non consécutive à une faute lourde) ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, pour une durée égale à la durée de son dernier contrat de travail¹⁰, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur, et au maximum pendant douze mois sans contrepartie de cotisations ;

Les intéressés doivent justifier, auprès du BCAC, de leur prise en charge par le régime d'assurance chômage.

La garantie prend alors effet à la date de cessation du contrat de travail.

L'intéressé est tenu d'informer le BCAC de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien de ces garanties.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des droits.

Le maintien de la garantie s'applique également aux salariés licenciés dans le cadre d'une procédure de liquidation judiciaire à la condition que l'adhésion au contrat n'ait pas été dénoncée par l'employeur en amont de la liquidation judiciaire.

- à l'ancien salarié de la profession privé d'emploi et bénéficiaire, à ce titre, d'un revenu de remplacement, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande au BCAC dans les six mois suivant la rupture de son contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle il bénéficie à titre temporaire du maintien de ces garanties¹¹.

La garantie prend alors effet le lendemain de la demande et sous réserve du paiement de la cotisation prévue à l'alinéa ci-après, conformément aux dispositions légales en vigueur en matière d'assurance.

La cotisation à verser par l'intéressé au régime est fixée, pour douze mois de garantie à 1,25% de la dernière rémunération annuelle telle que définie à l'article 5.1.3. de la notice, mais limitée à deux fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. Elle est appelée trimestriellement auprès de l'intéressé par le BCAC.

Le montant de cette cotisation est revalorisé chaque année. Cette revalorisation consiste à appliquer aux valeurs de l'année n – 1 la moyenne arithmétique des taux d'augmentation du plafond de la Sécurité sociale et de la valeur moyenne du point AGIRC-ARRCO observés dans l'année n – 1 par rapport à l'année n – 2.

- aux personnes garanties du chef d'un salarié de la profession décédé en activité de service, sans contrepartie de cotisation et pendant les douze mois qui suivent le décès ;

- au salarié dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération pendant une durée d'au moins un mois.

Une demande en ce sens doit être adressée par le salarié à son employeur, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard quinze jours avant le début de la période de suspension du contrat de travail.

Le salarié acquitte l'intégralité de la cotisation (parts patronale et salariale) dont l'assiette de calcul correspond à la moyenne mensuelle des rémunérations brutes versées au cours des 12 mois précédant la suspension du contrat de travail. La cotisation est appelée mensuellement auprès de l'intéressé par le BCAC.

Le montant de cette cotisation est revalorisé chaque année. Cette revalorisation consiste à appliquer aux valeurs de l'année $n - 1$ la moyenne arithmétique des taux d'augmentation du plafond de la Sécurité sociale et de la valeur moyenne du point AGIRC-ARRCO observés dans l'année $n - 1$ par rapport à l'année $n - 2$.

La garantie prend effet au premier jour de la période de suspension ;

- à l'ancien salarié de la profession bénéficiaire d'une pension de retraite, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande au BCAC dans les six mois suivant la rupture de son contrat de travail.

Le maintien de la garantie remboursement des frais de soins se fait par adhésion au Régime d'Assurance Maladie des Allocataires (RAMA). Les garanties débutent dès la prise d'effet de la retraite de l'assuré, si le bulletin d'adhésion a été retourné au BCAC dans les délais.

La cotisation annuelle est fixée par les assureurs après consultation de la commission paritaire professionnelle, dans le cadre de ses prérogatives et dans la limite des dispositions légales et réglementaires.

(10) Appréciée en mois et, le cas échéant arrondie au nombre supérieur.

(11) Ce délai de 6 mois commence à courir à l'expiration de la période durant laquelle le salarié bénéficie à titre temporaire du maintien des garanties prévu au deuxième tiret du présent article.

5.2.5. Territorialité

Les garanties sont acquises à l'assuré relevant du régime de Sécurité sociale français.

Sauf disposition contraire, l'intervention des Assureurs est subordonnée à celle préalable de la Sécurité sociale française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

Pour les actes effectués à l'étranger, les remboursements seront effectués à hauteur des niveaux de remboursement prévus pour un « médecin non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO) ».

5.2.6. Paiement des sommes assurées

Les prestations dues en raison de la garantie remboursement des frais de santé sont payées sans frais par virement bancaire sur le compte bancaire de l'assuré dont les références auront été communiquées à l'affiliation.

6_ RÉCLAMATION - MÉDIATION

En cas de réclamation relative à l'exécution du contrat, l'assuré pourra contacter le BCAC. Les courriers sont à adresser à :

BCAC
Centre de gestion Santé et Prévoyance
TSA 50001
15 rue Paul Dautier
78457 Vélizy Villacoublay Cedex

Si un désaccord persistait après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres au BCAC et à la condition qu'aucune action judiciaire n'ait été engagée, l'assuré pourra faire appel à la Médiation de l'Assurance :

Soit par courrier à l'attention de :
Monsieur le Médiateur de l'assurance
La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://formulaire.mediation-assurance.org>

Les parties sont libres d'accepter ou de refuser la décision du Médiateur. Par ailleurs, la participation à la médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours ultérieur devant la juridiction compétente.

7_ CONTRÔLE DE L'ORGANISME ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

8_ LÉGISLATION SUR LA PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Dans le cadre de la relation contractuelle, le Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC) traite les données à caractère personnel, recueillies auprès de l'entreprise adhérente ou des bénéficiaires des garanties, en qualité de Responsable de traitement au sens de la réglementation applicable en matière de protection des données, et notamment du Règlement UE 2016/679 dit Règlement Général sur la Protection des Données (ci-après « RGPD »).

Les données à caractère personnel de l'assuré sont collectées et traitées par le BCAC aux fins :

- de gestion de l'adhésion de l'assuré au contrat santé ;
- de gestion et d'exécution des prestations prévues au contrat santé ;

- d'études statistiques ;
- d'évaluation du risque, de réalisation de comptes de résultats de l'inventaire et de prévisionnels ainsi que du contrôle de cohérence ;
- de prévention de la fraude et de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme (LCB-FT) ;
- de recouvrement de créances.

Toute déclaration fautive ou irrégulière de l'assuré pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude.

Les données de l'assuré sont destinées aux services de gestion et ne sont accessibles que par les collaborateurs habilités à les traiter, en fonction des finalités de la collecte et dans la limite de leurs attributions respectives. Elles pourront, le cas échéant, être transmises aux co-assureurs et mandataires intervenant dans la gestion ou l'exécution du contrat, ou à des organismes publics et de contrôle afin de satisfaire aux obligations légales et réglementaires incombant au BCAC.

Dans le cadre de contrats de prestations conclus par le BCAC, les destinataires des données personnelles de l'assuré peuvent se situer à l'étranger, y compris en dehors de l'Espace Economique Européen (EEE) dans des pays où la législation en matière de protection des données diffère de celle applicable au sein de l'EEE. Tout transfert de données en dehors de l'EEE est effectué moyennant des garanties appropriées, notamment contractuelles, en conformité avec la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

Les données de l'assuré sont conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle. Elles seront ensuite conservées, à l'issue de la relation contractuelle, pendant dix ans.

Conformément aux termes et conditions du Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et, le cas échéant, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ses données, ainsi que d'un droit d'opposition au traitement pour un motif légitime ou à sa limitation. L'assuré peut exercer ces droits ou poser toute question relative à la gestion de ses données personnelles par le BCAC en s'adressant :

Par mail à l'adresse suivante : dpo@bcac.com

Par courrier à l'adresse suivante :
 Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC)
 Délégué à la protection des données
 TSA 30002
 92926 La Défense Cedex

En cas de doute raisonnable sur l'identité du demandeur, un justificatif d'identité pourra le cas échéant être demandé.

L'assuré dispose également du droit de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07, de toute réclamation se rapportant à la manière dont le BCAC collecte et traite ses données.

9_ LOI APPLICABLE ET LANGUE UTILISÉE

La loi applicable au contrat RPP est la loi française. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du contrat sera de la compétence des juridictions françaises. La langue française sera utilisée pendant toute la durée de l'adhésion.





ANNEXES

ANNEXE 1_ **Liste des coassureurs**

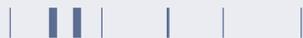
ANNEXE 2_ **Maintien de la garantie remboursement des frais de soins**

ANNEXE 3_ **Maintien de la garantie remboursement des frais de soins
aux anciens salariés bénéficiant d'une pension de retraite**

ANNEXE 4_ **Cas d'ordre public dits « de plein droit »
de dispense à l'adhésion à la complémentaire
santé du RPP (note annexe à l'article 2)**

ANNEXE 1_ LISTE DES COASSUREURS

COASSUREURS
ALLIANZ
AREAS
AXA France
GROUPAMA GAN VIE
Groupe GENERALI
PREVOIR
LA MONDIALE
QUATREM
Groupe Swiss life



ANNEXE 2_ MAINTIEN DE LA GARANTIE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS

Application des dispositions relatives à la portabilité des droits de prévoyance visées à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale (loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi)

L'article 14 de l'accord National Interprofessionnel (ANI) sur la modernisation du marché du travail du 11 janvier 2008 a mis en place un mécanisme de maintien des garanties santé et prévoyance d'entreprise.

La portabilité des droits de prévoyance a été transposée et codifiée par la loi de sécurisation de l'emploi à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Ce dispositif s'adresse aux salariés dont la cessation du contrat de travail ouvre droit à une allocation d'assurance chômage, à l'exception des salariés licenciés pour faute lourde.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

Toutes les garanties en vigueur dans l'ancienne entreprise sont concernées.

La portabilité prend effet à la date de cessation du contrat de travail.

Les anciens salariés conservent le bénéfice de ces garanties pendant leur période de chômage et pour une durée égale à celle de leur dernier contrat de travail, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur, appréciée en mois entiers (et, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur), dans la limite de douze mois.

L'ancien salarié devra fournir au BCAC, la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties.

Le maintien de la garantie s'applique également aux salariés licenciés dans le cadre d'une procédure de liquidation judiciaire à la condition que l'adhésion au contrat n'ait pas été dénoncée par l'employeur en amont de la liquidation judiciaire.

Le maintien des garanties cesse à l'issue de la période de portabilité, ou à la reprise d'un nouvel emploi. Dans ce cas, l'ancien salarié doit impérativement en informer le BCAC.

Les dispositions ci-dessus s'appliquent dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.



ANNEXE 3_ MAINTIEN DE LA GARANTIE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS AUX ANCIENS SALARIÉS BÉNÉFICIAIRE D'UNE PENSION DE RETRAITE.

Le Régime d'Assurance Maladie des Allocataires (RAMA) a pour objet de procurer aux retraités des sociétés d'assurances des garanties en matière de remboursement des frais de soins.

Les retraités :

- allocataires de l'Institution de Retraite Complémentaire (IRC) «Alliance professionnelle Retraite Agirc-Arrco» (Section B2V) ainsi que les bénéficiaires des droits au titre du Régime de Retraite Professionnel (RRP) fermé géré par l'Institution de Gestion de Retraite Supplémentaire (IGRS) Crepsa ;
- ayant exercé des fonctions relevant des Conventions collectives nationales de travail des 13 novembre 1967, 27 mars 1972, 27 mai 1992 ou de l'accord du 3 mars 1993 concernant les cadres de direction des sociétés d'assurances ;

Peuvent demander à adhérer au régime, pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour leur conjoint, leur concubin, leur partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) et leurs enfants à charge au sens de la législation fiscale.

L'assuré doit retourner le bulletin d'adhésion fourni à cet effet, au BCAC au plus tard dans les six mois suivant la rupture de son contrat de travail.

Tout refus d'adhésion est définitif.

Les conjoint, concubin, partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) n'ayant pas adhéré au régime d'assurance maladie des allocataires au moment de l'adhésion des retraités de l'Assurance auront la possibilité d'y adhérer ultérieurement.

Les garanties débutent dès la prise d'effet de la retraite de l'assuré, si le bulletin d'adhésion a été retourné au BCAC dans les délais.

Les assurés qui perçoivent de la Sécurité sociale des remboursements au titre des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux ou d'hospitalisation, ont droit, dans les conditions définies au règlement du RAMA, à des prestations complémentaires à celles de la Sécurité sociale.

La cotisation annuelle est fixée par les assureurs après consultation de la commission paritaire professionnelle, dans le cadre de ses prérogatives. Son montant est révisé annuellement.

La cotisation est payable mensuellement d'avance.

Les conditions tarifaires applicables sont toujours disponibles sur simple demande adressée au BCAC.



ANNEXE 4_ CAS D'ORDRE PUBLIC DITS « DE PLEIN DROIT » DE DISPENSE À L'ADHÉSION À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DU RPP (NOTE ANNEXE À L'ARTICLE 2)

ARTICLE D.911-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	ARTICLE D.911-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
Dispenses de droit, sans versement santé¹ <ul style="list-style-type: none"> • Salariés bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire (CSS) • Salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé jusqu'à l'échéance • Salariés couverts, y compris en qualité d'ayant droit au titre d'un autre emploi par : <ul style="list-style-type: none"> • Couverture collective et obligatoire de salariés, • Couverture collective de la fonction publique, • Travailleur non salarié (TNS) Madelin, • Régime Alsace-Moselle, • Régime des industries électriques et gazières. 	Dispenses de droit, le cas échéant, avec versement santé <ul style="list-style-type: none"> • CDD et contrat de mission <p>Dont la durée d'adhésion au régime obligatoire frais de santé < 3 mois</p> <p>Sous réserve de justifier d'une couverture santé responsable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Versement santé : <p>Sous réserve de justifier d'une couverture responsable et « non aidée »²</p>

(1) Le « versement santé » constitue une somme versée par l'employeur représentative du financement que ce dernier aurait pris en charge dans le cadre de la couverture des salariés en contrat à durée déterminée, en contrat de mission ou à temps partiel, en matière de remboursement complémentaire des frais de santé. Ce « versement santé » se substitue à la participation de l'employeur.

(2) Le « versement santé » ne peut être cumulé avec le bénéfice de la CSS, d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.



