

CAPAVES PRÉVOYANCE

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DU PERSONNEL NON-CADRE DE LA SOCIÉTÉ C.S.F FRANCE.

MISE A JOUR AU 1^{ER} JANVIER 2010



Notice d'informations

RÉGIME OBLIGATOIRE
(Frais médicaux, hospitalisation, dentaire et
optique)

**GARANTIES OPTIONNELLES
FACULTATIVES**

CAPAVES PRÉVOYANCE
Section CHAMPION/CARREFOUR MARKET - TSA 36301 - 95843 SARCELLES CEDEX
Télécopie : 01 39 33 28 65 – Courriel : champion@groupearies.fr
Internet : www.ariesinfo.net

Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale agréée par arrêté
du Ministre des Affaires Sociales en date du 13 février 1992 sous le N° 987

LE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DU PERSONNEL NON-CADRE DE LA SOCIÉTÉ C.S.F. FRANCE

SOMMAIRE DE LA NOTICE

	<i>Pages</i>
■ RÉGIME OBLIGATOIRE : Frais Médicaux-Hospitalisation-dentaire et optique	
- Formalités d'admission	2
- Bénéficiaires du régime obligatoire	2
- Résumé des garanties	3/4
- Quelques exemples de remboursements	4/6
■ GARANTIES OPTIONNELLES FACULTATIVES : 2 OPTIONS	
- Présentation	7/8
- Résumé des garanties	9
- Quelques exemples de remboursements	10
- Comment adhérer ?	11
■ PRESTATIONS	
- Procédure de remboursement des prestations	12/14
- Le tiers-payant	15
- La portabilité des droits	16/17
■ LES AUTRES SERVICES DE LA CAPAVES PRÉVOYANCE	
- La garantie Assistance à Domicile	18/19
■ NOTRE COMMUNICATION	20
■ MEMENTO PRATIQUE : précisions diverses et congé parental, sans solde,....	21/22
■ GLOSSAIRE	23

RÉGIME OBLIGATOIRE

Formalités d'admission

Aucune formalité médicale individuelle n'est exigée.

L'adhésion obligatoire est subordonnée :

- à l'appartenance du salarié au Régime Général de la Sécurité Sociale ou au Régime Local d'Alsace-Moselle,
- à une ancienneté d'au moins un an au sein de la Société C.S.F. FRANCE ou du GROUPE CARREFOUR.

Cependant, et sous réserve de l'évolution de la législation et réglementation en vigueur, les salariés suivants ont la faculté de refuser d'adhérer au Régime :

les salariés bénéficiaires de la CMU à condition de justifier de leur situation auprès de leur service paye,

les salariés sous contrat à durée déterminée à condition de justifier auprès de leur service paye de l'existence d'une couverture complémentaire déjà souscrite par ailleurs,

les salariés à employeurs multiples à condition de justifier de l'existence d'une couverture complémentaire obligatoire souscrite dans le cadre d'un autre emploi.

Bénéficiaires du Régime obligatoire

Les salariés de la société C.S.F. FRANCE définis dans les conditions d'admission et leurs ayants droit (conjoint(e) concubin(e), enfant(s)),

Les salariés de la société C.S.F. FRANCE définis dans les conditions d'admission et bénéficiant déjà d'une garantie complémentaire frais de santé dans le cadre d'un contrat obligatoire souscrit par l'employeur de leur conjoint.

Dans ce dernier cas, il incombera au salarié de la société C.S.F. FRANCE de produire auprès du service paye les justificatifs indispensables (attestation sur papier-à-en-tête de l'employeur du conjoint mentionnant le caractère obligatoire et familial du contrat souscrit).

Sous réserve du paiement de la cotisation mensuelle de **38,08 €** (augmentée de la participation Entreprise de **38,08 €** par mois pour l'année 2010 soit une cotisation totale mensuelle de **76,16 €**) pour les bénéficiaires du Régime Général de la Sécurité Sociale*, la garantie est acquise :

- au salarié ayant plus d'un an d'ancienneté de la société C.S.F. FRANCE y compris lorsque le participant bénéficie d'un congé sans solde (congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé de formation) sous réserve du paiement de la cotisation totale (**76,16 € pour l'année 2010**),
- à son conjoint ou concubin notoire bénéficiant de la Sécurité Sociale, du fait de l'affiliation du participant ou d'une affiliation personnelle,
- à ses enfants à charge au sens fiscal célibataires, bénéficiant de la Sécurité Sociale, du fait de l'affiliation du participant ou de son conjoint,
- à ses enfants à charge au sens fiscal célibataires âgés de moins de 18 ans bénéficiant de la Sécurité Sociale en tant qu'apprentis,
- à ses enfants à charge au sens fiscal célibataires âgés de moins de 25 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études et sont affiliés à la Sécurité Sociale au titre du régime étudiant
- à ses enfants handicapés sans limitation d'âge dont l'incapacité permanente est au moins égale à 80% conformément aux dispositions prévues par l'Article L. 821-1 du Code de la Sécurité Sociale et bénéficiaires de l'Allocation aux Personnes Handicapées (A.P.H.).

Le salarié, déjà affilié à titre obligatoire par le contrat de son conjoint, et, qui en fait la demande sera prélevé de la somme de **22,79 €** avec une participation Entreprise de **22,79 €** soit une cotisation globale de **45,58 €** pour l'année 2010. Il sera le seul bénéficiaire de son adhésion (ayants droit exclus)*.

REMARQUES :

- La notion "à charge" mentionnée ci-dessus s'entend au sens de la législation fiscale.
- Pour la prise en charge du concubin notoire, il doit être produit un certificat de vie en concubinage délivré par la mairie ou une attestation sur l'honneur dûment signée et tout justificatif officiel (facture EDF, quittance de loyer...) datant de moins de 3 mois et d'au moins deux ans établi aux deux noms. Le concubinage doit durer depuis au moins deux ans ou être formalisé par un P.A.C.S.

*Pour les bénéficiaires du Régime Particulier d'Alsace Moselle, le paiement de la cotisation mensuelle est de **32,60 €** (augmentée de la participation Entreprise de **32,60 €** par mois soit une cotisation totale mensuelle de **65,20 €** pour l'année 2010). Elle sera de **19,62 €** pour les salariés déjà assurés à titre obligatoire par leur conjoint (avec une participation Entreprise de **19,62 €** soit une cotisation totale mensuelle de **39,24 €** pour l'année 2010)

**RÉGIME OBLIGATOIRE
MALADIE – CHIRURGIE – OPTIQUE - DENTAIRE**

PARCOURS DE SOINS

Résumé des garanties liées à votre contrat obligatoire conformément aux nouvelles dispositions de la Sécurité Sociale

Les garanties liées à l'hospitalisation médicale et chirurgicale, cures, transport médicalisé et maternité:

PARCOURS DE SOINS		
Nature des actes	Niveau de remboursement	Commentaires
Honoraires conventionnés (hors maternité)*	100% des frais réels	Limité à 400% de la B.R. ⁽¹⁾ en plus du remboursement de la S.S.
Forfait hospitalier	100% des frais réels	
Chambre particulière ⁽²⁾ (hors maternité)	100 € par jour	
Frais d'accompagnant ⁽²⁾ (lit + repas) (enfant âgé de moins de 12 ans)	80 € par jour	
Transport médicalisé	300% de la B.R. ⁽¹⁾	y/c remboursement de la S.S (franchise médicale de 2,00 € par acte de transport non remboursable)..
Cure thermale acceptée ⁽²⁾	200 €	En sus de la S.S.
Maternité – Indemnité forfaitaire ⁽²⁾ (pas de prise en charge hospitalière délivrée par la CAPAVES PREVOYANCE pour le Risque Maternité)	400 €	Depuis le 1 ^{er} février 2009 : A réception de l'original d'un extrait d'acte de naissance. Doublement de la prime en cas de naissance gémellaire.

Les garanties liées aux frais médicaux

PARCOURS DE SOINS		
Nature des actes	Niveau de remboursement	Commentaires
Actes médicaux courants, sauf spécialistes	200% de la B.R. ⁽¹⁾	y/c remboursement de la S.S (franchise de 0,50 € par acte paramédical non remboursable).
Spécialistes	300% de la B R. ⁽¹⁾	y/c remboursement de la S.S.
Autres prothèses	400% de la BR ⁽¹⁾	y/c remboursement de la S.S.
Prothèses audio	400% de la BR ⁽¹⁾ + 400 € ⁽²⁾ par an et par bénéficiaire	y/c remboursement de la S.S
Pharmacie	100% du Ticket Modérateur	Pharmacie non remboursée par la Sécurité Sociale exclue et franchise médicale de 0,50 € par boîte non remboursable

Les garanties liées au dentaire et à l'optique

PARCOURS DE SOINS		
Nature des actes	Niveau de remboursement	Commentaires
Soins dentaires ⁽³⁾	200% de la B.R. ⁽¹⁾	Y/c remboursement de la S.S.
Prothèses et orthodontie acceptées ou refusées ⁽³⁾	95% des frais réels jusqu'à 200% de la B.R. ⁽¹⁾ + 80 % des frais réels de 200% à 400% de la B.R.	Y/c remboursement de la S.S. dans la limite de 75 % du PMSS ⁽⁴⁾ par an et par bénéficiaire
Verres (les 2) ⁽³⁾ La date retenue pour l'Etablissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	200% du remboursement S.S. + 150 €	Forfait annuel par bénéficiaire
Monture ⁽³⁾ La date retenue pour l'Etablissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	90 % des frais réels y compris remboursement de la S.S. jusqu'à 150 €	Forfait annuel par bénéficiaire
Lentilles acceptées, refusées, jetables La date retenue pour l'Etablissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	200% du remboursement S.S. + 150 €	Forfait annuel par bénéficiaire
Kératotomie	150 € par oeil	Forfait annuel par bénéficiaire

⁽¹⁾ B.R. = Base de Remboursement déterminée par la Sécurité sociale pour les actes médicaux

⁽²⁾ les montants forfaitaires ne peuvent être supérieurs aux frais restant à charge

⁽³⁾ Actes non remboursables par la Sécurité sociale exclus

⁽⁴⁾ Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale égal à 2.885,00 €

Quelques exemples de remboursement de frais médicaux dans le cadre du respect du parcours des soins :

Premier tableau d'exemples :

PARCOURS DE SOINS				
Nature des actes	Dépenses totales	Remboursement Sécurité Sociale	Complémentaire CAPAVES PRÉVOYANCE	Reste à charge
Médecin traitant généraliste conventionné secteur 1	22,00 €	14,40 €	6,60 €	1 €
Médecin traitant généraliste conventionné secteur 2	24,00 €	14,40 €	8,60 €	1 €
Pharmacie (remboursée à 35%) 2 boîtes	40,00 €	13,00 €	26,00 €	1 €
Pharmacie (remboursée à 65%) 3 boîtes	60,00 €	37,50 €	21,00 €	1,50 €

Deuxième tableau d'exemples

PARCOURS DE SOINS				
Nature des actes	Dépenses totales	Remboursement Sécurité Sociale	Complémentaire CAPAVES PRÉVOYANCE	Reste à charge
Médecin spécialiste traitant conventionné secteur 1	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1 €
Médecin spécialiste traitant conventionné secteur 2	40,00 €	15,10 €	23,90 €	1 €
Médecin spécialiste avec option de coordination secteur 1 et 2	28,00 €	18,60 €	8,40 €	1 €

Les exemples ci-dessus prennent en compte l'application, depuis le 1^{er} Janvier 2005, du montant de 1 € qui ne peut pas être remboursé par la complémentaire santé.

Quelques exemples de remboursement de frais d'hospitalisation :

PARCOURS DE SOINS				
Nature des actes	Dépenses totales	Remboursement Sécurité Sociale	Complémentaire CAPAVES PRÉVOYANCE	Reste à charge
Chirurgie générale (séjour de 3 jours) Frais d'hébergement	233,05 €	233,05 €		
Frais de salle d'anesthésie	207,60 €	207,60 €		
Frais de salle d'opération	449,80 €	449,80 €		
Honoraires du chirurgien KC 130	731,70 €	253,70 €(déduction comprise de 18 €)	La CAPAVES PREVOYANCE prend en charge intégralement ce forfait de 18 €	
Honoraires de l'anesthésiste KC 60	200,00 €	125,40 €		
TOTAL	1 822,15 €	1 269,55 €	552,60 €	0 €
Frais de chambre particulière	183,00 €	/	183,00 €	0 €
Forfaits journaliers 3 jours	54,00 €	/	54,00 €	0 €

Quelques exemples de remboursement de frais dentaires et optique (calcul effectué pour l'optique avec un plafond mensuel de la sécurité sociale pour l'exercice **2010 égal à 2.885,00 €**):

PARCOURS DE SOINS				
Nature des actes	Dépenses totales	Remboursement Sécurité Sociale	Complémentaire CAPAVES PRÉVOYANCE	Reste à charge
Monture et verres	385,00 €	4,82 €	289,10 €	91,08 €
Couronne céramique	510,00 €	75,25 €	301,00 €	133,75 €

Quelques exemples de remboursement hors parcours de soins

	HORS PARCOURS DE SOINS				
	Montant des honoraires	Base de remboursement	Remboursement Sécurité Sociale (*)	CAPAVES PREVOYANCE	Reste à charge
Consultation Généraliste secteur 1 ou 2	22,00 €	22,00 €	6,60 €	6,60 €	9,80 €
<i>Participation forfaitaire</i>			- 1,00 €		
Consultation spécialiste secteur 1	32,00 €	25,00 €	7,50 €	7,50 €	18,00 €
<i>Participation forfaitaire</i>			- 1,00 €		
Consultation spécialiste secteur 2	40,00 €	23,00 €	6,90 €	6,90 €	27,20 €
<i>Participation forfaitaire</i>			- 1,00 €		

**Minoration du remboursement : le taux de remboursement de 70% est limité à 30% depuis le 31 janvier 2009*

GARANTIES OPTIONNELLES FACULTATIVES :

2 OPTIONS

PRÉSENTATION

Le système modulaire optionnel conçu spécialement pour les salariés non-cadres de la société CSF FRANCE permet à chacun de choisir la garantie la mieux adaptée à ses besoins.

Les garanties facultatives sont classées en deux options.

Parce que chaque famille n'a pas les mêmes besoins dans le domaine de la Santé, la CAPAVES PRÉVOYANCE vous propose le choix entre 2 formules de remboursement en complément du contrat de base obligatoire:

***Découvrez ces 2 options
et choisissez votre niveau de protection***

2 OPTIONS SUR MESURE :

OPTION 3

La formule de confort de base, elle prévoit des remboursements très complets.

Cotisation par mois et par famille (en plus de la cotisation du contrat obligatoire) : **10,39 €** pour les salariés affiliés au Régime Général de la Sécurité Sociale ou **9,81 €** pour les salariés affiliés au Régime Particulier Alsace Moselle.

OPTION 4

La formule de confort renforcée, elle rembourse la quasi-totalité des frais dans la limite de plafonds et propose des garanties complémentaires non remboursées par le contrat de base obligatoire.

Cotisation par mois et par famille (en plus de la cotisation du contrat obligatoire) : **28,85 €** pour les salariés affiliés au Régime Général de la Sécurité Sociale ou **25,68 €** pour les salariés affiliés au Régime Particulier Alsace Moselle.

Formalités d'admission garanties Frais de Santé optionnelles facultatives

Aucune formalité médicale individuelle n'est exigée à l'exception de la demande d'affiliation ; les déclarations de la société C.S.F. FRANCE et du participant faisant foi.

Les garanties optionnelles sont proposées aux salariés bénéficiaires du contrat obligatoire. Les salariés ayant choisi de bénéficier du régime de base obligatoire avec une cotisation « Isolé » (voir conditions en page 2) ne pourront pas avoir accès aux options facultatives.

Pour bénéficier d'une garantie immédiate (pas de délai de carence), la demande d'adhésion doit être formulée par le salarié dans les 30 jours suivant son adhésion au contrat obligatoire auprès de son service paye.

Au-delà de cette période de 30 jours, un délai de carence d'une durée de 6 mois sera appliqué obligatoirement par la CAPAVES PRÉVOYANCE.

Date d'effet des garanties optionnelles facultatives

La garantie prend effet conformément à la date mentionnée par le service paye dans le cadre prévu à cet effet.

EN CAS DE CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIES

Le participant peut demander une modification du montant des prestations garanties parmi celles définies aux conditions particulières figurant en annexe au bulletin d'adhésion ; cette modification valant pour tous les bénéficiaires.

Si le salarié opte pour une formule de garantie inférieure, il doit en informer le service paye avant le 1^{er} novembre de l'exercice en cours. La modification prendra effet au 1^{er} janvier de l'exercice suivant sans application d'un délai de carence.

Si le participant opte pour une formule de garantie supérieure, la modification prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de sa demande au service paye avec application d'un délai de carence de six mois. Il continuera toutefois, durant ce délai de carence, à bénéficier des garanties de l'option facultative ou du contrat de base obligatoire dont il bénéficiait avant sa demande de modification.

Dans les deux cas, le salarié ne pourra plus changer de formule avant une année pleine de cotisations

Sauf cas de force majeure (licenciement ou décès du conjoint, divorce), un salarié cotisant en catégorie isolé ne pourra plus cotiser en catégorie famille avant le 1^{er} janvier de l'année suivante sous réserve d'en avoir formulé la demande avant le 1^{er} novembre de l'exercice en cours. Une carence de 6 mois sera appliquée sur l'option éventuellement souscrite.

Un salarié pourra cotiser en isolé dès son admission au contrat obligatoire (ancienneté requise atteinte) sous réserve de produire les justificatifs requis.

Un salarié, cotisant en famille ne pourra cotiser en isolé qu'au premier janvier de l'année suivante, sous réserve d'en faire la demande au plus tard au 1^{er} novembre de l'année en cours avec production des justificatifs requis. **Le salarié cotisant en catégorie isolé ne bénéficiera plus de la télétransmission entre la CAPAVES PREVOYANCE et la CPAM, la complémentaire frais de soins du conjoint devant intervenir en premier lieu.**

RÉSUMÉ DES GARANTIES :

OPTION 3	Niveau de remboursement	Commentaires
Soins dentaires ⁽⁵⁾	300% de la B.R. ⁽¹⁾	y/c le remboursement de la S.S. et du contrat de base obligatoire
Prothèses et orthodontie acceptées ou non prises en charge par la SS ⁽⁵⁾	100% des frais réels jusqu'à 300% de la B.R. ⁽¹⁾ + 90% des frais réels de 300% à 500% de la B.R. ⁽¹⁾	y/c le remboursement de la S.S. et du contrat de base obligatoire dans la limite de 100 % du PMSS ⁽²⁾ par an et par bénéficiaire (plafond pour l'ensemble des prothèses, des prestations d'orthodontie et d'implantologie)
Implants dentaires ⁽⁴⁾	300% de la B.C.R. ⁽³⁾	dans la limite de 100% PMSS par an et par bénéficiaire (plafond pour l'ensemble des prothèses, des prestations d'orthodontie et d'implantologie)
Verres (les 2) ⁽⁵⁾ La date retenue pour l'établissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	300% du remboursement S.S. + 250 € ⁽⁴⁾	<u>Adultes</u> : Les remboursements de verres et de monture sont limités à une prescription tous les deux ans sauf nouvelle ordonnance faisant apparaître une correction de la vision <u>Enfants de moins de 18 ans</u> : Les remboursements de verres et de monture sont limités à une prescription par an sauf nouvelle ordonnance faisant apparaître une correction de la vision
Monture ⁽⁵⁾ La date retenue pour l'établissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	300% du remboursement S.S. + 150 € ⁽⁴⁾	<u>Verres et Monture</u> : forfaits annuels ou bisannuels, suivant le cas sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire
Lentilles acceptées ou non prises en charges par la SS La date retenue pour l'établissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	300% du remboursement S.S. + 200 € ⁽⁴⁾	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire
Kératotomie	250 €/œil ⁽⁴⁾	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire

OPTION 4	Niveau de remboursement	Commentaires
Soins dentaires ⁽⁵⁾	400% de la B.R. ⁽¹⁾	y/c le remboursement de la S.S. et du contrat de base obligatoire
Prothèses et orthodontie acceptées ou non prises en charge par la SS ⁽⁵⁾	100% des frais réels jusqu'à 400% de la B.R. ⁽¹⁾ + 90% des frais réels de 400% à 600% de la B.R. ⁽¹⁾	y/c le remboursement de la S.S. et du contrat de base obligatoire dans la limite de 100 % du PMSS ⁽²⁾ par an et par bénéficiaire (plafond pour l'ensemble des prothèses, des prestations d'orthodontie et d'implantologie)
Implants dentaires	500% de la B.C.R. ⁽³⁾	dans la limite de 100% PMSS par an et par bénéficiaire (plafond pour l'ensemble des prothèses, des prestations d'orthodontie et d'implantologie)
Verres (les 2) ⁽⁵⁾ La date retenue pour l'établissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	400% du remboursement S.S. + 400 € ⁽⁴⁾	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire
Montures ⁽⁵⁾ La date retenue pour l'établissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	400% du remboursement S.S. + 150 € ⁽⁴⁾	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire
Lentilles acceptées ou non prises en charges par la SS : La date retenue pour l'établissement de la prise en charge directe est la date de l'ordonnance (et non celle de la facture)	400% du remboursement S.S. + 250 € ⁽⁴⁾	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire
Kératotomie	400 €/œil ⁽⁴⁾	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du contrat de base obligatoire
Ostéopathie	25 €/acte ⁽⁴⁾	Dans la limite de 5 actes par an et par bénéficiaire
Pilule contraceptive refusée S.S.	100 % Frais réels	Dans la limite de 70 € par an et par bénéficiaire
Prothèse auditive	450 € ⁽⁴⁾	Forfait annuel par bénéficiaire sous déduction du remboursement effectué au titre du contrat de base obligatoire

⁽¹⁾ B.R. = Base de remboursement déterminée par la Sécurité Sociale pour les actes médicaux

⁽²⁾ PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale égal à 2.885,00 €

⁽³⁾ B.C.R. = Base de Remboursement reconstituée sur la base d'une prothèse SPR50

⁽⁴⁾ les montants forfaitaires ne peuvent être supérieurs aux frais restant à charge

⁽⁵⁾ Actes non soumis à la cotation sécurité sociale exclus

**POUR VOUS AIDER A CHOISIR VOTRE OPTION,
VOICI QUELQUES EXEMPLES**

Quelques exemples de remboursement de frais d'optique : calcul effectué avec un plafond mensuel de la sécurité sociale pour l'exercice **2010 égal à 2.885,00 €**

Coût d'une paire de lunette	620,00 €
• Coût de la monture (avec une BR de 2,84 € remboursée à 65% par la Sécurité Sociale soit 1,85 €).	160,00 €
• Coût des verres (exemple d'une BR de 18,46 € remboursée à 65% par la Sécurité Sociale soit 12,00 €)	460,00 €
Base de remboursement de la S.S.	21,30 €
Remboursement de la S.S.	13,85 €
Ticket modérateur	7,45 €
Si vous ne choisissez aucune option, il restera à votre charge	290,00 €
Si vous optiez pour l'une de nos formules de remboursement, il resterait à votre charge :	
En option 3	164,60 €
En option 4	0,75 €

Quelques exemples de remboursement de frais dentaires :

Coût d'une couronne céramique	510,00 €
Base de remboursement de la S.S. pour une SPR codifiée 50 par la Sécurité Sociale.	107,50 €
Remboursement de la S.S.	75,25 €
Ticket modérateur	32,25 €
Si vous ne choisissez aucune option, il restera à votre charge	91,08 €
Si vous optiez pour l'une de nos formules de remboursement, il resterait à votre charge :	
En option 3	18,75 €
En option 4	0,00 €

COMMENT ADHÉRER ?

Pour adhérer, utilisez le bulletin d'affiliation individuelle joint à cette notice.

➤ Remplissez lisiblement votre bulletin d'affiliation individuelle en suivant les consignes ci-après :

❶ Je vérifie ma demande d'affiliation individuelle :

- Vérifiez les informations vous concernant ainsi que celles des bénéficiaires que vous souhaitez inscrire
 - Cochez la formule choisie, après avoir pris connaissance des tarifs figurant au verso
 - Dated et signez votre bulletin.
- Je joins la photocopie de l'attestation "papier" de droits jointe par la Sécurité Sociale à ma carte Vitale en cours de validité. Attention : cette pièce est à joindre pour chaque bénéficiaire immatriculé auprès de la Sécurité Sociale. Je joins également les pièces justificatives concernant mon concubin et mes enfants (certificat de scolarité...) sous peine de voir leurs affiliations refusées.
- ❷ J'adresse mon bulletin d'affiliation individuelle daté et signé au service paye. Je joins obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal si mon salaire est réglé par chèque. La CAPAVES PREVOYANCE règle mes remboursements uniquement par virement. Pour bénéficier du tarif adhérent déjà couvert à titre obligatoire par la mutuelle du conjoint, je joins nécessairement l'attestation de l'employeur de mon conjoint.

OU

➤ Connectez-vous sur notre site Internet www.ariesinfo.net sur lequel vous pourrez imprimer le bulletin d'affiliation individuelle en ligne afin de le compléter et le remettre à votre service paye.

PROCEDURE DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Vous voulez être bénéficiaire du dispositif NOÉMIE

Pour cela, il suffit de nous adresser une copie de l'attestation de droits en cours de validité jointe par la Sécurité Sociale à votre carte Vitale et celle de vos ayants droit immatriculés auprès de la Sécurité Sociale.

Pour que la télétransmission avec la CAPAVES PREVOYANCE puisse être validée par la CPAM, il est indispensable de ne pas déjà bénéficier de cette télétransmission avec une autre mutuelle (celle du conjoint par exemple) et d'être affilié au Régime Général de la Sécurité Sociale ou Particulier Alsace Moselle.

- vous n'avez plus besoin d'envoyer vos décomptes Sécurité Sociale à la CAPAVES PRÉVOYANCE, votre dossier est traité rapidement après télétransmission par la Sécurité Sociale,
- vos remboursements sont aussitôt virés sur votre compte bancaire ou postal.

Pour vous assurer que le dispositif NOÉMIE est opérationnel, il vous suffit de vérifier que le message d'information suivant figure sur chacun de vos décomptes Sécurité Sociale et pour chaque bénéficiaire : "information transmise à votre organisme complémentaire". Dans le cas contraire, les originaux des décomptes de remboursement délivrés par la Sécurité Sociale devront obligatoirement nous être adressés pour permettre à la CAPAVES PRÉVOYANCE le règlement des prestations Frais de Santé.

ATTENTION

Certaines prestations n'entrent pas dans le cadre du dispositif NOÉMIE, dans ce cas, les justificatifs à joindre pour le remboursement sont les suivants (voir page suivante):

JUSTIFICATIFS (une note d'honoraire détaillée émise par votre praticien devra être jointe à votre demande de remboursement, en sus des cas énoncés ci dessous, dès que le montant des frais engagés est supérieur ou égal à 1.500 €)

Régime obligatoire	
Cures thermales	⇒ Les volets originaux des décomptes de remboursement délivrés par la Sécurité Sociale accompagnés des factures justificatives des frais réels engagés et une attestation de l'établissement thermal précisant les dates de début et de fin de cure (frais de transport et d'hébergement)
Maternité	⇒ Un extrait d'acte de naissance, mentionnant expressément le nom du salarié.
Frais d'hospitalisation	⇒ L'original de l'avis des sommes à payer émis par l'établissement hospitalier s'il n'y a pas eu délivrance d'un accord préalable de prise en charge directe et l'attestation de paiement ; en cas de dépassement d'honoraires, la facture du dépassement d'honoraire avec précision de la codification des actes concernés

JUSTIFICATIFS (obligatoires en sus des cas énoncés ci dessous dès que le montant des frais engagés est supérieur ou égal à 1500 €)

Garanties optiques et dentaires	
Optique Lunetterie (verres, montures)	⇒ La facture originale de l'opticien précisant le montant réglé pour les verres et le montant réglé pour la monture ainsi qu'une copie de l'ordonnance délivrée par l'ophtalmologue.
Lentilles non pris en charge par la Sécurité Sociale	⇒ La facture originale de l'opticien portant la mention "lentilles jetables ou non jetables figurant à la nomenclature de la Sécurité Sociale" accompagnée de la prescription médicale
Kératotomie	⇒ La facture originale émise par le chirurgien
Dentaire Prothèses ou orthodontie non pris en charge par la Sécurité Sociale	⇒ L'original de la note d'honoraires détaillée délivrée par le dentiste précisant la cotation à la nomenclature et la mention "refusé" accompagné d'une copie de la feuille de soins

JUSTIFICATIFS obligatoires à joindre pour les garanties spécifiques à l'option 4

Pilule contraceptive refusée par la sécurité sociale	⇒ La facture originale du pharmacien ainsi qu'une copie de la prescription médicale
Soins d'ostéopathie	⇒ La facture originale délivrée par le praticien

HISTORIQUE DES REMBOURSEMENTS

Le paiement des prestations est effectué au fur et à mesure, par virement sur votre compte.

Vous pouvez :

- consulter sur notre site Internet www.ariesinfo.net l'historique de vos remboursements des 45 derniers jours. Vous pouvez également télécharger vos décomptes au jour le jour et être alerté par courriel et/ou SMS (à condition d'avoir choisi la « consultation sur site seulement »).
- appeler notre serveur vocal interactif en composant le [08.90.71.01.07](tel:08.90.71.01.07) (0,15 € TTC/min). Un historique des remboursements des 45 derniers jours est également à votre disposition.

HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation, le participant est dispensé de toute avance de fonds dans la mesure où :

- il choisit un établissement conventionné,
- il formule (ou fait formuler par un tiers) une demande d'ENTENTE PRÉALABLE auprès de nos services, soit :
 - par télécopie,
 - par messagerie électronique (champion@groupearies.fr) en nous communiquant toutes les informations utiles (date d'entrée, nom et coordonnées de l'Etablissement, identité de la personne concernée, n° de fax, service ...),
 - par connexion sur l'espace sécurisé disponible sur notre site www.ariesinfo.net avec obtention en direct d'un accord de prise en charge par téléchargement et impression sur imprimante.

Les dépenses sont ainsi réglées directement par la CAPAVES PRÉVOYANCE à l'établissement hospitalier conventionné de son choix.

LE TIERS-PAYANT

Le Tiers-Payant Pharmaceutique, Labo-Analyse, Radiologie, Optique, hospitalier, transport médicalisé, Soins Externes, Masseurs Kinésithérapeutes, Soins Infirmiers, Orthoptistes, Orthophonistes, Soins dentaires (prothèse dentaire exclue) en centre de santé.

La CAPAVES PRÉVOYANCE met à la disposition de chaque salarié immatriculé auprès du Régime Général de la Sécurité Sociale ou du Régime Particulier Alsace Moselle, une carte familiale de tiers-payant « SP-Santé/Santé-Pharma".

Muni de cette carte, le salarié peut se présenter chez le praticien de son choix et ainsi bénéficier de la gratuité des médicaments ou de la prise en charge des frais d'analyse-labo, de radiologie, du transport médicalisé, des auxiliaires médicaux, des soins externes et des soins dentaires (prothèses dentaires exclus) pratiqués en hôpitaux publics ou en centres de soins.

Nous attirons toutefois votre attention sur le fait que le tiers payant radiologie ne pourra être pratiqué que dans le cadre du respect du parcours de soins.

Pour être dispensé de toute avance de fonds pour les frais d'optique, un accord de prise en charge sera délivré à l'opticien par nos services.

La CAPAVES PRÉVOYANCE vous fait bénéficier de ses accords "tiers-payant" souscrits auprès des six plus importants réseaux d'opticiens (KRYSS, AFFLELOU, LA CENTRALE DES OPTICIENS, GRAND OPTICAL FRANCE, OPTIC 2000 et ATOL).

ATTENTION

Si l'un de ces professionnels vous refuse le tiers-payant, il convient de nous contacter sans tarder afin de nous permettre d'initialiser la procédure.



01.39.33.28.(60/61/62/63 ou 64)

• du lundi au vendredi de 9 h à 18 h sans interruption

PORTABILITE DES DROITS EN MATIERE DE FRAIS DE SANTE

L'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 a prévu qu'en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage (sauf faute lourde), il est mis en place un mécanisme de portabilité des droits en matière de Frais de Santé.

ARTICLE 1 : Conditions d'application du maintien des droits :

Les anciens salariés, dont le contrat de travail a été rompu et bénéficiant de l'indemnisation ASSEDIC du fait de la rupture de leur contrat de travail peuvent prétendre au maintien moyennant paiement des cotisations correspondantes, de la garantie frais de santé.

Les salariés doivent remplir, pour bénéficier de ce maintien, les conditions suivantes :

- faire l'objet d'une rupture de leur contrat de travail
- la rupture doit ouvrir droit à une indemnisation du régime d'assurance chômage

Ce mécanisme permet, en effet, d'éviter une rupture de tout ou partie du bénéfice de la couverture complémentaire santé entre le moment où il est mis fin au contrat de travail du salarié et celui où il reprend un autre emploi et acquiert de nouveaux droits.

ARTICLE 2 : Objet du maintien des droits :

Dans l'objectif de maintenir le régime complémentaire dans les cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation, il a été convenu que, les salariés gardent, pendant leur période de chômage, le bénéfice de la garantie frais de santé appliquée au sein de C.S.F. FRANCE, limité en tout état de cause à neuf mois. Il cesse de manière anticipée dès lors que l'ancien salarié cesse de bénéficier des allocations chômage (reprise d'activité, retraite...) ou qu'il n'apporte plus la preuve de ce bénéfice.

A cet égard, nous vous rappelons que les ruptures du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation sont les suivantes :

- licenciement (économique, pour motif personnel, pour faute grave)
- rupture conventionnelle, rupture pour motif légitime et sérieux du CDD à objet défini,
- rupture du contrat d'apprentissage ou du contrat de professionnalisation,
- rupture d'un CDD d'un commun accord ou à l'initiative de l'employeur,
- démission légitime,
- cessation du CDD à échéance.

ARTICLE 3 : Obligations du salarié éligible au maintien des droits :

Le bénéfice du maintien de cette garantie est également subordonné aux conditions suivantes :

- les droits à couverture doivent être ouverts auprès de C.S.F. FRANCE,
- le salarié doit justifier auprès de la CAPAVES PREVOYANCE de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- le salarié doit également justifier, auprès de la CAPAVES PREVOYANCE, de la cessation du versement des allocations d'assurance chômage pendant la période de maintien des garanties.

ARTICLE 4 : Date d'effet des garanties relevant du maintien des droits – faculté de renonciation :

Les garanties prennent effet le jour suivant la rupture du contrat de travail ; la cotisation étant due à compter du premier jour du mois qui suit cette cessation d'activité.

Toutefois, si C.S.F. FRANCE est tenu de proposer le maintien de la garantie frais de santé au salarié éligible, ce dernier a la possibilité d'y renoncer.

Cette renonciation est définitive et concerne l'ensemble des garanties lorsqu'elle est notifiée expressément par écrit à C.S.F. FRANCE, dans les dix jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

ARTICLE 5 : Financement du maintien des droits prévu par l'Avenant n°3 du 18 mai 2009:

Le financement de ce maintien continue d'être assuré par C.S.F. FRANCE et l'ancien salarié dans les mêmes proportions qu'antérieurement. Ce dispositif suppose, en effet, que le salarié et C.S.F. FRANCE continuent chacun à payer leur part de cotisation (part patronale et part salariale) directement auprès de la CAPAVES PREVOYANCE. L'ancien salarié s'acquittera donc de cotisations identiques à celles applicables aux salariés en activité, majorées de la CSG et de la CRDS.

Il résulte de ce principe de cofinancement, que le non paiement, par l'ancien salarié de sa quote-part à la date d'échéance des cotisations, entraîne la perte des garanties pour la période restant à courir. Dans cette hypothèse, C.S.F. FRANCE est alors libéré de toute obligation.

LES AUTRES SERVICES DE LA CAPAVES PRÉVOYANCE

MISE EN ŒUVRE : Pour que les garanties d'assistance s'appliquent, le participant bénéficiaire de ces garanties doit obligatoirement et préalablement à toute intervention engageant les garanties du contrat, prendre contact avec :

FIDELIA ASSISTANCE

27 QUAI CARNOT

BP 550

92213 SAINT CLOUD CEDEX

Téléphone 01 47 11 74 74 de France Métropolitaine

ou 00 1 47 11 74 74 des D.O.M.

LA GARANTIE ASSISTANCE À DOMICILE : Cette garantie vous assure, par exemple, une assistance en cas d'hospitalisation (aide ménagère à domicile, organisation et prise en charge du déplacement d'un proche, frais de garde de vos enfants ...)

Les prestations

RECHERCHE DE MÉDECIN : ASSISTANCE À DOMICILE recherche et met à votre disposition une liste de médecins de garde là où vous vous trouvez si le médecin traitant est absent ou si vous n'avez pas de médecin attitré et si ce n'est pas dans le cadre d'une urgence.

TRANSPORT EN AMBULANCE À L'HÔPITAL :

ASSISTANCE À DOMICILE organise votre transport à l'hôpital en ambulance sur prescription médicale ainsi que votre retour. Les frais de transport restent à votre charge et peuvent être remboursés par la Sécurité Sociale et la CAPAVES PRÉVOYANCE.

RECHERCHE DE MÉDICAMENTS : À la suite d'une maladie subite ou d'un accident, et sur la première ordonnance prescrite après l'événement, **ASSISTANCE À DOMICILE** organise et prend en charge le coût du déplacement d'un correspondant appelé à votre domicile pour acheter les médicaments prescrits par le médecin (le coût des médicaments reste à votre charge, ceux-ci pouvant être remboursés par la Sécurité Sociale et la CAPAVES PRÉVOYANCE).

GARDE DES ENFANTS MALADES DE MOINS DE 16 ANS : **ASSISTANCE À DOMICILE** organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche au chevet de l'enfant lorsque le participant et son conjoint travaillent tous les deux et si l'immobilisation de l'enfant est supérieure à deux jours.

GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS ET DES ASCENDANTS : Suite au décès ou à une hospitalisation du participant ou de son conjoint, **ASSISTANCE À DOMICILE** organise et prend en charge :

- . soit la garde pendant 48 heures des enfants ou des ascendants vivant dans le foyer,
- . soit le transport aller/retour d'un proche, choisi par la famille et domicilié en France Métropolitaine ou dans les D.O.M. (pour les participants domiciliés dans les D.O.M.) auprès des enfants ou des ascendants, vivant sous le même toit.
- . soit le transport aller/retour des enfants ou des ascendants, vivant sous le même toit, auprès d'un proche domicilié en France Métropolitaine ou dans les D.O.M. (pour les participants domiciliés dans les D.O.M.).

La prise en charge du billet de transport s'effectue sur la base du tarif 1ère classe pour le train et classe économique pour l'avion si le trajet en train est supérieur à 5 heures.

AIDE MÉNAGÈRE : En cas d'hospitalisation de plus de 5 jours du participant et/ou de son conjoint, à son retour à domicile et à sa demande, **ASSISTANCE À DOMICILE** recherche et fournit une aide ménagère. Cette aide ménagère est prise en charge à concurrence de 20 heures réparties durant le mois suivant l'hospitalisation.

Cette prestation s'applique aussi en cas de complication suite à une maternité, si la durée d'hospitalisation a été supérieure à 10 jours.

L'aide ménagère peut être accordée, suivant le cas, pour l'hospitalisation à domicile d'une personne seule et si son état le justifie ; la prise en charge est identique à celle prévue en cas d'hospitalisation.

En cas de décès du participant et/ou de son conjoint, à la demande des ayants droit, **ASSISTANCE À DOMICILE** recherche et fournit une aide ménagère. Cette aide ménagère est prise en charge à concurrence de 20 heures réparties durant le mois suivant le décès.

Ne sont pas prises en charge :

- les convalescences et affections en cours de traitement et non encore consolidées,
- les rechutes de maladies antérieurement constituées et comportant un risque d'aggravation brutale.

PRÉSENCE D'UN PROCHE : Si vous êtes seul, que votre hospitalisation dure plus de deux jours et si votre état nécessite la présence d'un proche, **ASSISTANCE À DOMICILE** organise et prend en charge le déplacement en France Métropolitaine d'un parent, aller et retour en train 1ère classe ou en avion classe économique, ainsi que son hébergement pour deux nuits, petits déjeuners compris, jusqu'à concurrence de 91,47 €.

FRAIS DE TÉLÉVISION : En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire, **ASSISTANCE À DOMICILE** rembourse sur présentation de justificatifs les frais de télévision facturés par l'établissement lors d'un séjour hospitalier avec un maximum de 152,45 € par hospitalisation ou à concurrence de 5 heures par jour pendant 30 jours, en appliquant à chaque fois une franchise de 15,24 €.

GARDE DES ANIMAUX : En cas d'hospitalisation du participant et/ou de son conjoint, **ASSISTANCE À DOMICILE** organise et prend en charge la garde des animaux domestiques suivants : chiens et chats à jour de leur vaccination, volatiles et poissons rouges, tortues d'aquarium, lapins domestiques, cochons d'Inde ou cobayes, hamster, petites souris pour une somme maximum de 228,67 € T.T.C., sans pouvoir excéder le montant des frais réels pour une période de trente jours maximum.

CONSEILS ET RÉGLAGES DE MATÉRIELS TV : Suite à un déménagement, et si les fréquences des émetteurs TV ne sont plus les mêmes, **ASSISTANCE À DOMICILE** peut vous conseiller sur le réglage et la mise en service de votre matériel TV, vidéo, HiFi.

DÉFINITIONS

Maladie grave : altération de santé constatée par un docteur en médecine, impliquant la cessation de toute activité professionnelle ou autre, et interdisant de quitter la chambre.

Accident grave : atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, constatée par un docteur en médecine, lui interdisant tout déplacement par ses propres moyens.

France métropolitaine : y compris la Corse et la Principauté de Monaco.

D.O.M. : la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte, la Réunion, Saint Pierre et Miquelon.

EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à intervention :

- les convalescences et affections en cours de traitement et non encore consolidées,
- les rechutes de maladies antérieurement constituées et comportant un risque d'aggravation brutale.

Ne sont pas garantis :

- la participation à des paris, duels, crimes, rixes, sauf cas de légitime défense,
- les accidents résultant des sports suivants : alpinisme de haute montagne, bobsleigh, hockey sur glace, sports aériens, sports de combats, skeleton, spéléologie, sports mécaniques (auto, moto, tout véhicule à moteur terrestre ou non),
- les accidents résultant de la participation à toute compétition sportive officielle notamment matches, concours et leurs essais préparatoires,
- l'utilisation des engins de guerre et armes à feu, sauf celles utilisées pour la chasse,
- les dommages survenus lorsque le bénéficiaire se trouve sous la responsabilité de l'autorité militaire,
- les dommages occasionnés par les tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée ou autres cataclysmes, sous réserve du respect de la loi du 13 Juillet 1982 relative aux catastrophes naturelles,

- les conséquences :

- d'actes intentionnels ou dolosifs,
- d'événements résultant de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à toute compétition sportive, pari, match, concours, rallye et à leurs essais préparatoires,
- de l'usage abusif d'alcool (ivresse, alcoolisme),
- de l'usage de drogues ou de stupéfiants non ordonnés médicalement,

- l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche,
- le diagnostic, la surveillance ou le traitement d'un état de grossesse, sauf complication imprévisible,
- les cures thermales,
- dans le cas où le bénéficiaire a commis, de façon volontaire, des infractions à la législation en vigueur,
- dans le cas d'interdictions données par les autorités de tutelle,
- en cas de saisies ou de contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

En cas de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes ou mouvements populaires, de grèves, de manifestations quelconques de radioactivité, ASSISTANCE À DOMICILE met en œuvre tous les moyens possibles, mais ne peut être tenue pour responsable si elle ne peut intervenir et fournir ses prestations d'assistance.

Les prestations qui n'ont pas été demandées en cours de voyage ou qu'ASSISTANCE À DOMICILE n'a pas organisé ne donnent droit, à posteriori, à aucun remboursement ni indemnité compensatrice.

OBLIGATIONS DU PARTICIPANT

Le participant doit :

- aviser ASSISTANCE À DOMICILE impérativement dès la survenance du sinistre. Dans le cas contraire, ASSISTANCE À DOMICILE peut se dégager de toute obligation de remboursement.
- fournir tous renseignements et justificatifs originaux réclamés.

⇒⇒ **Notre Site Internet : www.ariesinfo.net**

Rubrique : "La Prévoyance"

Après avoir saisi votre numéro de Sécurité Sociale et votre code confidentiel, vous pourrez :

- . prendre connaissance des remboursements de prestations des 45 derniers jours,*
- . obtenir sans délai un accord de prise en charge hospitalière,*

et nous communiquer :

- . un changement d'adresse.*

⇒ **Notre Serveur Vocal : 08.90.71.01.07 (0,15 € /mn TTC)**

Un accès sécurisé 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 grâce à votre code confidentiel

Pour consulter vos remboursements, vous pouvez également obtenir :

- *Des réponses à vos questions concernant les formalités administratives à remplir en cas :*
 - . d'hospitalisation*
 - . de changement d'adresse*
 - . de changement de coordonnées bancaires*
 - . de changement de situation professionnelle*
 - . de demande de documentation.*
- *Des conseils pratiques :*
 - . comment bénéficier de la télétransmission ?*
 - . comment obtenir un devis dentaire ou autre ?*
 - . comment souscrire une adhésion individuelle ?*

⇒ **Notre adresse :**

**CAPAVES PRÉVOYANCE
Section CHAMPION/CARREFOUR MARKET
TSA 36301
95843 SARCELLES CEDEX**

⇒ **Notre téléphone :**

01 39 33 28 60

ou 01 39 33 28 61

ou 01 39 33 28 62

ou 01 39 33 28 63

ou 01 39 33 28 64

**• du lundi au vendredi
de 9 h à 18 h sans interruption**

⇒ **Notre Fax : 01 39 33 28 65**

Cette notice d'informations est un résumé du contrat de Prévoyance souscrit auprès de la CAPAVES PRÉVOYANCE - Institution Interprofessionnelle de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale agréée par arrêté du Ministre des Affaires Sociales.

Cette notice n'a pas pour objet de remplacer le contrat de Prévoyance qui, seul, a valeur contractuelle.

MEMENTO PRATIQUE

Votre adhésion :

La qualité de l'enregistrement des données vous concernant est liée à celle des informations transcrites sur votre Bulletin. Nous vous saurions gré de bien vouloir écrire lisiblement et de ne pas omettre de joindre toutes les pièces justificatives nécessaires à votre adhésion (copie des attestations cartes vitales, certificat de scolarité...).

Votre bulletin d'adhésion doit automatiquement être adressé au service paye dont vous dépendez et non pas directement à la CAPAVES PREVOYANCE. En effet, notre institution retourne au service concerné toute adhésion n'ayant pas respecté cette procédure, ce qui augmente significativement les délais de traitement.

Il en est de même pour les demandes de changement d'option.

Nous vous précisons également que l'ajout de bénéficiaires prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'affiliation (hormis pour les nouveaux nés où la date d'effet correspond à celle de la naissance si le justificatif requis nous parvient dans les 3 mois)

Enfin, toute demande de radiation de bénéficiaires prend effet au dernier jour du mois de réception du courrier correspondant.

Ne demandez pas non plus la télétransmission si vous bénéficiez de ce service avec une autre mutuelle. Attendez que celle-ci vous confirme la date à laquelle elle a cessé cette télétransmission avant de demander à notre Institution de prendre le relais.

Pensez également à nous informer de toute modification liée à la gestion de votre adhésion: changement d'adresse, de situation familiale, de RIB, de Caisse Primaire d'Assurance Maladie...

Vos prestations :

Nous ne procédons pas au règlement des prestations sur photocopie de décomptes, duplicata, impression décompte ou décompte via internet.

Il est donc impératif de nous adresser les documents papiers originaux émanant de votre centre de sécurité sociale.

Si vous avez uniquement bénéficié du tiers payant partiel (tiers payant sécurité sociale et non tiers payant CAPAVES PREVOYANCE), nous vous remercions de bien vouloir nous adresser le reçu justificatif de l'avance que vous avez effectuée auprès du professionnel de santé (laboratoire, pharmacien, médecin, radiologue...)

A défaut de ce document (facture subrogatoire du pharmacien, facture, ticket modérateur...), nous ne procéderons à aucun remboursement.

En cas de doutes, n'hésitez pas à contacter notre équipe de professionnels qui est à votre écoute du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures aux numéros de téléphone mentionnés à la page précédente.

La suspension du contrat de travail et votre couverture frais de santé :

Durant votre congé parental, sabbatique, sans solde..., votre contrat de travail est suspendu et par conséquent votre contrat frais de santé également.

Un exemple précis : un(e) salarié(e) partant en congé parental le 15 octobre sera couvert(e) en frais de santé jusqu'au 31 octobre inclus en tant que salarié(e) en activité.

Dès que nous sommes informés de cette suspension, nous proposons par courrier aux salariés concernés recensés dans notre base de gestion le maintien de leurs garanties frais de santé.

Les intéressés disposent alors d'un délai maximum de deux mois pour adhérer. A réception de leur accord et du règlement correspondant, nous procédons à l'édition d'une nouvelle carte de tiers payant et d'un échéancier de cotisation.

Durant cette suspension de contrat, l'adhérent s'engage à s'acquitter des cotisations dont il est redevable mensuellement et à terme échu. L'adhérent doit régler l'intégralité de la cotisation (parts patronale et salariale).

L'adhérent sera garanti par la CAPAVES PREVOYANCE durant toute la période de suspension sous réserve d'être toujours présent dans les effectifs de C.S.F. FRANCE.

Il a toutefois la possibilité de résilier son adhésion lors du renouvellement de sa suspension par lettre recommandée avec AR.

Toute demande de résiliation est définitive. L'adhérent bénéficiera toutefois à nouveau des garanties au premier jour du mois qui suit celui de sa reprise d'activité si celle-ci ne débute pas le 1^{er} du mois.

GLOSSAIRE

- **PASS** : *C'est le plafond annuel de la Sécurité Sociale qui est fixé annuellement en fin d'année par les Pouvoirs Publics. Il est égal à 12 fois le P.M.S.S.*
- **PMSS ou Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale** : *Plafond de référence servant au calcul des prestations de la Sécurité Sociale ainsi qu'à celui de votre cotisation (valeur plafond mensuel 2010 égale à 2 885,00 €).*
- **Nomenclature** : *Liste codifiée des produits et actes donnant lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, lorsqu'un acte est classé hors nomenclature, il n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale.*
- **Dépassement d'honoraires** : *Montant des dépenses qui dépasse la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale. Il n'est jamais remboursé par la Sécurité Sociale.*
- **Remboursement de la Sécurité Sociale** : *Montant remboursé à l'assuré par la Sécurité Sociale exprimé en pourcentage de la Base de Remboursement.*
- **Frais réels** : *Montant réellement engagé par l'assuré social.
Important : les remboursements de la CAPAVES PRÉVOYANCE en complément de ceux de la Sécurité Sociale ne peuvent dépasser les frais engagés par l'assuré social.*
- **Base de Remboursement de la Sécurité Sociale** : *Valeur de référence, pour chaque acte, à partir de laquelle la Sécurité Sociale calcule le montant de son remboursement.*
- **Ticket Modérateur ou TM** : *Part de la Base de Remboursement restant à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité Sociale.*
- **BCR** : *base de Remboursement reconstituée*
- **NOEMIE** : *Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs : il s'agit de la télétransmission*
- **CONTRAT RESPONSABLE** : *Sous peine de perdre les avantages fiscaux et sociaux, le contrat dit « responsable » doit respecter le cahier des charges fixé par le décret du 23 septembre 2005. A noter que votre contrat respecte ce cahier des charges.*

CAPAVES PRÉVOYANCE

Section CHAMPION/CARREFOUR MARKET

TSA 36301

95843 SARCELLES CEDEX

Télécopie : 01 39 33 28 65 – Courriel : champion@groupearies.fr

Internet : www.ariesinfo.net