SANTÉ RETRAITE PRÉVOYANCE ACTION SOCIALE

Date d'effet :
01/01/2026

NOTICE D'INFORMATION SANTÉ

CRP – CAISSE RÉUNIONNAISE DE PRÉVOYANCE

Nous contacter
0262 900 100*
*prix d'un appel local www.groupecrc.com

Caisses Réunionnaises de Prévoyance (CRP), institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale, membre du Groupe CRC
Siège social : 2 bis ruelle Pavée – BP 60766 – 97475 Saint-Denis Cedex. Fax. : 0262 908 000
SIRET 397 895 202 00026
Organisme de contrôle : ACPR, 4 place de Budapest, 75 009 PARIS cedex 9 (www.abe-infoservice.fr)

GROUPE CRC CAISSES RÉUNIONNAISES COMPLÉMENTAIRES
ENGAGÉ À VOS CÔTÉS

FOCUS

Le Groupe CRC – Les Caisses Réunionnaises Complémentaires – est le premier groupe de protection sociale à La Réunion. Il s'agit d'une association de moyens à but non lucratif qui regroupe deux institutions paritaires et une société de courtage :

- La CRR Agirc-Arrco, Caisse Réunionnaise de Retraites complémentaires, gère depuis 1976, le régime de retraite complémentaire AGIRC - ARRCO à La Réunion pour les salariés du secteur privé.

- La CRP, Caisse Réunionnaise de Prévoyance, est une institution de prévoyance créée par les partenaires sociaux de La Réunion, régie par le Code de la Sécurité sociale. La CRP a pour objectif de développer les solutions de santé et de prévoyance.

- La société Groupe CRC Courtage est une société par actions simplifiées unipersonnelle, immatriculée à l'ORIAS. Assurant la distribution et/ou la gestion de produits d'assurance santé "individuel" et des produits de prévoyance "individuel", elle distribue et gère également les contrats d'assurance santé et prévoyance collective et facultative en délégation de Malakoff Humanis.

Depuis plus de 50 ans, le groupe propose ses services dans un esprit de proximité, de solidarité, d'innovation et d'indépendance.
N'ayant pas d'actionnaires à rémunérer, le Groupe CRC consacre ses résultats au développement de ses services en cohérence avec ses valeurs ou encore en développant son Action Sociale en faveur des réunionnais.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS 4

I. DISPOSITIONS GENERALES 5

1. Définitions 5
2. Critères du contrat responsable 6
3. Cumul d'assurances 11
4. Affiliation 11
5. Bénéficiaires des garanties 12
6. Prise d'effet des garanties 14
7. Maintien des garanties en cas de suspension de votre contrat de travail (Opérations collectives) 16
8. Cessation des garanties 17
9. Changement d'option 17
10. Étendue des modifications des garanties 17
11. Résiliation 18
13. Fausse déclaration 19
14. Subrogation 19
15. Prescription 19
16. Contrôle de l'Institution 20
17. Réclamations 20
18. Médiation auprès de la Fédération des Institutions Paritaires de Protection Sociale (FIPS) 20
19. Protection des données à caractère personnel 21

II. DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX GARANTIES FRAIS DE SANTE 26

1. Devoir d'information du participant et de l'entreprise adhérente en cas de sinistre causé par un tiers 26
2. Réseaux de soins 26
3. Quels sont les remboursements des frais de santé ? 26
4. Les limites des remboursements 27
5. Les formalités de règlement des prestations 27
6. Le délai de paiement des prestations 28
7. Le Tiers Payant 28
8. Les soins à l'étranger 28
9. Comment constituer les dossiers de remboursement ? 29

ATTESTATION A SIGNER ET A REMETTRE A VOTRE EMPLOYEUR 31

AVANT-PROPOS

Cette notice d'information est destinée à vous permettre de connaître les garanties Frais de santé souscrites par votre Entreprise auprès de la Caisse Réunionnaise de Prévoyance (CRP), institution de prévoyance du Groupe CRC, régie par le Code de la Sécurité sociale.

Elle comprend deux parties :

La 1ère exposant les conditions générales dans lesquelles sont offertes l'ensemble des garanties proposées par la CRP,

La 2e exposant les conditions spécifiques des garanties adoptées par votre Entreprise.

Ce document, qui vous est remis par votre employeur, constitue un résumé des dispositions réglementaires et contractuelles organisant, pour les garanties souscrites par votre Entreprise, les rapports entre celle-ci, vous-même et la CRP.

Si vous souhaitez de plus amples précisions sur vos garanties, adressez-vous à votre employeur qui tient les Statuts, Règlements et Contrats d'adhésion à votre disposition.

Cette notice est établie en conformité avec les dispositions de l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale.

La garantie Frais de Santé a pour objet d'accorder à un salarié participant ou à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Les garanties souscrites respectent les exigences fixées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale actuellement en vigueur et observe les dispositions qualifiant les contrats complémentaires santé de « Responsables ».

Afin de respecter le caractère « Solidaire » des contrats complémentaires santé, la CRP ne recueille pas d'informations médicales auprès du salarié participant ou de ses ayants droit souhaitant bénéficier de cette couverture.
Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du salarié participant ou de ses ayants droit.

****

I. Dispositions générales

1. Définitions

Ayant droit : Personne qui bénéficie des prestations d'assurance maladie complémentaire souscrites par un membre participant en vertu du lien de proximité qui les unit.

Fiche de paramétrage Déclaration Sociale Nominative (DSN): La fiche de paramétrage permet d'obtenir les éléments nécessaires et suffisants pour le paramétrage du logiciel de paie.

Opération collective : Il s'agit de l'opération par laquelle une entreprise adhère, par la signature d'un contrat d'adhésion au Règlement de la CRP, au profit de ses salariés ou d'une catégorie d'entre eux, dans le but de couvrir des prestations ou des risques (Maternité, Invalidité, Incapacité, Décès, Santé…).

- Elle est dite opération collective à adhésion obligatoire lorsque les salariés concernés sont obligatoirement affiliés à la CRP.
  - **Contrat socle collectif à adhésion obligatoire**

    Le contrat complémentaire souscrit par l'entreprise adhérente intervenant en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et couvrant obligatoirement l'ensemble des salariés participants est dit « contrat socle collectif à adhésion obligatoire ».

- Elle est dite opération collective à adhésion facultative lorsque les salariés concernés sont libres de s'affilier à la CRP, dont ils deviennent membres participants.
  - **Contrat collectif à adhésion facultative – extension famille**

    En fonction de la structure d'affiliation du « contrat socle » choisie, l'entreprise adhérente aura la possibilité de souscrire auprès de l'Institution à un deuxième niveau de garantie sous la forme d'une adhésion facultative pour élargir la couverture aux ayants droit des participants, dit « contrat collectif à adhésion facultative – extension famille ».

  - **Contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative**

    Afin de permettre à ses salariés et à leurs ayants droit qui le souhaitent, de bénéficier d'un niveau de couverture plus étendue et/ou supérieur que celui proposé par le contrat socle obligatoire, l'entreprise adhérente aura la possibilité de souscrire auprès de l'Institution à d'autres contrats d'assurance maladie complémentaire qui interviennent sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire, dans la limite des frais réels, dits « contrats surcomplémentaires collectifs à adhésion facultative ».

Opération individuelle : Il s'agit de l'opération par laquelle un salarié ou un ancien salarié d'une entreprise adhérente à la CRP ou un de ses ayants droit adhère individuellement par la signature d'un bulletin d'adhésion ou contrat d'adhésion au Règlement de la CRP en vue de s'assurer la couverture de prestations ou de risques (Maternité, Invalidité, Incapacité, Décès, Santé…). Le salarié, ancien salarié et ayant droit qui adhère sur cette base à la CRP en devient membre participant.

Participants : les membres participants sont les salariés affiliés à la CRP par l'entreprise adhérente, les anciens salariés de l'entreprise adhérente ainsi que leurs ayants droit qui sont affiliés à la CRP, ces personnes ayant aussi cette qualité à compter du jour où la CRP liquide leur droit à prestation.

Portabilité des droits : Mécanisme par lequel l'employeur est tenu de proposer le maintien des garanties santé et prévoyance aux anciens salariés, dont la rupture du contrat de travail ouvre droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, **en dehors du cas de licenciement pour faute lourde.**

Résiliation infra-annuelle Santé : Réforme consécutive à la loi du 14 juillet 2019 et le décret d'application n°2020-1438 du 24 novembre 2020 qui permet à l'Adhérent souscripteur ou membre participant d'un contrat complémentaire santé en tacite reconduction, , de résilier son contrat ou de dénoncer son adhésion ou son affiliation à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.

Télémédecine : Pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, 24h/24 et 7 jours/7, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient (articles L.6316-1 du Code de la Santé publique).

Télésurveillance médicale : La télésurveillance permet à un professionnel médical d'analyser à distance les données médicales de santé d'un patient recueillies sur son lieu de vie. C'est une branche de la télémédecine.

Ticket modérateur : Partie des dépenses de santé qui reste à la charge du salarié après le remboursement de l'Assurance Maladie. Son taux varie en fonction des actes et médicaments, de la situation du salarié, et du respect ou non du parcours de soins coordonnés. La complémentaire santé

peut prendre en charge tout ou partie du montant du ticket modérateur.

100% santé : Réforme mise en place par les décrets n°2019-21 du 11 janvier 2019 et n°2025-1131 du 26 novembre 2025 qui permet d'assurer un accès à certains équipements d'optique, dentaires, d'audioprothèse, de fauteuils roulants et de prothèses capillaires, sans aucun reste à charge après l'intervention de l'assurance maladie et des complémentaires santé.

2. Critères du contrat responsable

2.1 Prise en charge minimale

➢ Cadre général

Le contrat frais de santé prend en charge obligatoirement le remboursement des frais de santé engagés par les participants aux conditions suivantes dès la prise d'effet du contrat :

- 100% du ticket modérateur des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire (y compris pour les actes de prévention), **sauf pour l'homéopathie et les frais de cure thermale**
- 100% du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, et sur les consultations et actes externes des établissements de santé
- 100% du forfait journalier hospitalier des établissements de santé (structures d'hébergement médico-sociales exclues), sans limitation de durée
- 100% de la participation forfaitaire de 32 euros pour certains actes coûteux (article R.160-16,I du Code de la Sécurité sociale),
- 100% du forfait patient urgences (FPU) pour chaque passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé autorisée non suivi d'une hospitalisation (cf. II Article 3 de la présente Notice d'Information).

➢ Dispositifs médicaux 100% santé

Le contrat frais de santé prévoit le remboursement intégral des frais exposés par le participant en sus des tarifs de responsabilité, conformément aux exigences du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 (optique, dentaire, audiologie) et du décret n°2025-1131 du 26 novembre 2025 (fauteuils roulants et prothèses capillaires) :

- **Pour l'optique :**

Pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée, dite Classe A - 100% Santé, définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, la prise en charge s'effectue dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

- **Pour les soins dentaires prothétiques :**

Dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 du Code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du même Code, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques, dit panier 100% santé.

La prise en charge intégrale se fera pour les couronnes, les bridges et prothèses fixes et pour l'ensemble des actes du panier 100% santé, dont les prothèses amovibles notamment.

- **Pour les dispositifs médicaux d'aides auditives :**

L'équipement appartenant à une classe à prise en charge renforcée, dite Classe I – 100% Santé définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, est pris en charge dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

- **Pour les fauteuils roulants au 1er décembre 2025 :**

L'acquisition de véhicules destinés à des personnes en situation de handicap inscrits sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale et faisant l'objet d'une prise en charge renforcée est prise en charge dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

- **Pour les prothèses capillaires au 1er janvier 2026 :**

L'acquisition des prothèses capillaires appartenant à une classe à prise en charge renforcée, dite Classe II- 100% Santé définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale est prise en charge dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

2.2 Prise en charge encadrée autre que 100% santé

Selon la nature et le niveau des garanties souscrits par votre Entreprise et précisés au bulletin d'adhésion ou au contrat d'adhésion, le remboursement des frais de santé que vous avez engagés au-delà du ticket modérateur en matière de dépassements d'honoraires ou de frais médicaux spécifiques peut intervenir, sous réserves des limites définies ci-après.

➢ Plafonnement de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO) :

Lorsque la prise en charge des dépassements d'honoraires du médecin non adhérent à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO) est prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat d'adhésion, elle s'effectue dans la double limite :

- De 100% de la base de remboursement ;
- Et, du montant pris en charge pour les dépassements des médecins adhérant à l'OPTAM et l'OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20% de la base de remboursement.

La valeur la plus faible de ces deux limites sera retenue par l'Institution.

➢ Encadrement de la prise en charge des équipements d'optique

1°/ Équipements d'optique médicale de classe B – autres que 100% Santé

Le bulletin d'adhésion ou le contrat d'adhésion peut prévoir la prise en charge d'équipement d'optique médicale de classe B (autre que celui de classe A) à tarifs libres, remboursés dans les limites prévues au tableau de garanties du contrat. Cette prise en charge est établie dans le respect des planchers et plafonds différents en fonction du niveau de correction nécessaire tel que définis ci-après :

Catégorie	Équipement	Verres associés	Prise en charge minimale « contrat responsable »	Prise en charge minimale « contrat ANI » *	Prise en charge maximale « contrat responsable » **
A	Équipement composé d'une monture et de 2 verres « simples »	**Deux Verres unifocaux :** - Sphère comprise entre – 6 et + 6 - Sphère comprise entre – 6 et 0 et Cylindre <= + 4 - Sphère positive et dont la somme sphère + cylindre <= 6	50 €	100 €	420 €
B	Équipement mixte composé d'une monture et d'un verre « simple » et un verre « complexe »	**Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie D**	125 €	150 €	560 €
C	Équipement mixte composé d'une monture et d'un verre « simple » et un verre « hyper complexe »	**Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie F**	125 €	150 €	610 €
D	Équipement composé d'une monture, de deux verres « complexes » ou de deux verres « simples »	**Deux verres appartenant à une des catégories ci-dessous :** **Verre unifocal :** - Sphère hors zone de - 6 à + 6 - Sphère comprise entre – 6 et 0 et Cylindre > + 4 - Sphère < - 6 et Cylindre >= 0,25 - Sphère positive et dont la somme sphère + cylindre > 6 **Ou verre multifocal ou progressif :** - Sphère comprise entre – 4 et + 4 - Sphère comprise entre – 8 et 0 et Cylindre <= + 4 - Sphère positive et dont la somme sphère + cylindre <=8	200 €	200 €	700 €
E	Équipement mixte composé d'une monture, d'un verre « complexe » et d'un verre « hyper complexe »	**Équipement composé d'un verre de catégorie D et d'un verre de catégorie F**	200 €	200 €	750 €
F	Équipement composé d'une monture et de deux verres « hyper complexes »	**Deux verres multifocaux ou progressifs :** - Sphère hors zone entre – 4 et + 4 - Sphère comprise entre – 8 et 0 et Cylindre > + 4 - Sphère < – 8 et Cylindre > = 0,25 - Sphère positive et dont la somme sphère + cylindre >8	200 €	200 €	800 €

* Ces conditions s'imposent aux contrats prévus aux articles D.911-1 et suivants et R.871-2 (contrats conclus en application du II de l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale) du Code de la Sécurité sociale.
**** La couverture de la monture est limitée à 100€ au sein du remboursement de l'équipement global.**

Les planchers et plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation du participant (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Ils n'incluent pas la prestation d'appairage, le supplément pour verres avec filtres et la prestation d'adaptation.

L'opticien devra obligatoirement réaliser a minima un devis normé composé d'un équipement de classe A (1 monture et 2 verres).

2°/ Équipements d'optique médicale mixte de classe A 100% Santé et de classe B – autres que 100% Santé

Les planchers et plafonds décrits au 1°/ s'appliquent également lorsque l'équipement est composé d'une monture appartenant à la classe A -100% Santé et de verres appartenant à la classe B (autres que 100% Santé) et réciproquement. Dans ce cas le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente.

Composition de l'équipement Classe A - 100 % santé Classe B : autres que Classe A - 100% Santé	**Prise en charge des verres**	**Prise en charge de la monture**
2 verres classe A + monture classe B	Intégrale dans le respect des prix limite de vente de la classe A - 100 % santé *	Dans la limite du plafond hors 100 % santé (classe B) du contrat, déduction faite du coût des verres **et** dans la limite de 100 euros
2 verres classe B + monture classe A	Dans la limite du plafond hors 100 % santé (classe B) du contrat, déduction faite du coût de la monture	Intégrale dans le respect du prix limite de vente de la classe A - 100 % santé

(*) Les prestations d'appairage ainsi que le supplément des verres avec filtres sont pris en charge intégralement pour les verres de classe A, dans la limite des prix limites de vente.

➢ Encadrement de la prise en charge des soins dentaires prothétiques

Frais de soins dentaires prothétiques autres que 100% Santé :

- Le panier aux « tarifs maîtrisés » : actes plafonnés aux tarifs encadrés avec un reste à charge modéré.
- Le panier aux « tarifs libres » : libre choix des techniques et matériaux sans plafonnement des tarifs et avec un reste à charge.

Les soins dentaires prothétiques autres que ceux relevant du panier « 100 % santé » sont couverts a minima à hauteur de 55 % en sus des tarifs de responsabilité conformément aux dispositions de l'article D.911-1 du Code de la Sécurité sociale.

➢ Encadrement de la prise en charge des prothèses auditives

Équipements médicaux d'aides auditives de classe II (arrêté du 14 novembre 2018) – autres que 100% Santé.

Le bulletin d'adhésion ou le contrat d'adhésion peut également prévoir la prise en charge d'une aide auditive de classe II (tarifs libres) dans le respect d'un plafond de 1700 euros par oreille appareillée (incluant le ticket modérateur et la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire).

Le plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telle que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

Une nouvelle limite d'âge est instaurée avec une prise en charge différente des aides auditives pour les assurés au-delà de leur 20ème anniversaire et d'autre part pour les assurés jusqu'à leur 20eme anniversaire ou les assurés atteints de cécité.

➢ Encadrement de la prise en charge des prothèses capillaires

Equipements médicaux de prothèses capillaires de classe III et IV-autres que 100% santé.

Le bulletin d'adhésion ou le contrat d'adhésion peut également prévoir la prise en charge de prothèses capillaires de classe III dans le respect des prix limites de vente définis par la réglementation et de classe IV (tarifs libres) (incluant le ticket modérateur et la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire).

2.3 Périodicité du renouvellement des équipements optique et auditif du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé

➢ Renouvellement d'équipements d'optique médicale du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé

La prise en charge d'équipement d'optique médicale (2 verres + 1 monture) est limitée à un équipement par participant par période de deux ans.

Cette période est réduite à :

- un an pour l'acquisition d'un équipement pour un enfant de moins de 16 ans,
- 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entrainant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Un renouvellement anticipé est possible selon les dispositions décrites dans l'arrêté du 3 décembre 2018 :

- Pour les participants de 16 ans et plus : tous les ans pour l'acquisition d'un équipement complet (monture + 2 verres), en cas d'évolution justifiée de la vue, sur présentation d'une nouvelle prescription médicale portant sur une dégradation oculaire conformément à l'article 1 - VIII.2. de l'arrêté du 3 décembre 2018,
- Pour les enfants de moins de 16 ans : sans délai pour l'acquisition de verres, en cas de dégradation justifiée des performances oculaires,
- Pour l'ensemble des participants : sans délais en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.

La prise en charge dérogatoire de deux équipements est autorisée uniquement sur prescription médicale pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux ; la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun des deux déficits (vision de près, vision de loin),
- une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique : la prise en charge peut couvrir deux équipements de correction différentes à porter en alternance.

Ces dispositions s'appliquent en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées.

L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation de l'équipement d'optique médicale.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

➢ Renouvellement d'équipements médicaux d'aides auditives du panier de soins 100% santé et hors 100% santé

La prise en charge d'un équipement médical d'aide auditive est limitée à un équipement par oreille par période de quatre ans.

La périodicité du renouvellement s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive à l'issue de la période d'essai de 30 jours minimum.

Ces dispositions s'appliquent à partir du 1er janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

2.4 Interdictions de prise en charge

Conformément à la règlementation applicable aux contrats responsables, **le contrat d'adhésion ne prend pas en charge le remboursement des frais de santé suivants :**

- **la participation forfaitaire de 2€ pour les actes médicaux et les consultations d'un médecin ou d'un établissement de santé**
- **les franchises médicales**
- **la majoration du ticket modérateur pour les actes exécutés hors parcours de soins**
- **les dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins.**

2.5 Tiers payant

Toutes les garanties souscrites à titre obligatoire ouvrent droit au tiers payant au moins à hauteur du tarif de responsabilité.
Le tiers payant est appliqué à hauteur du reste à charge intégralement couvert sur les équipements et soins du panier « 100% Santé » (Reste à charge à zéro pour l'optique, l'audiologie et le dentaire) pour lesquels les participants et leurs ayants droit ont opté (cf. article 2. Critères du contrat responsable – 2.1 Prise en charge minimale - Dispositifs médicaux 100% Santé » de la présente notice.

3. Cumul d'assurances

En cas d'adhésion à plusieurs règlements ou de souscription à plusieurs contrats d'assurance complémentaire ou surcomplémentaire de frais de santé auprès de différents organismes assureurs, l'entreprise adhérente ou le salarié participant s'engage à informer l'Institution dès la souscription desdits contrats.

A défaut, l'Institution ne pourra voir sa responsabilité engagée en cas de remise en cause du caractère responsable de ses contrats par les administrations fiscales ou sociales.

4. Affiliation

➢ Les principes de l'affiliation :

Vous êtes affilié au régime collectif de Frais de santé souscrit par votre employeur lorsque vous rentrez dans la catégorie de personnel bénéficiaire du régime (l'ensemble du personnel ou une catégorie de personnel définie sur des critères objectifs) :

- Obligatoirement dans le cadre d'une opération collective à adhésion obligatoire,
- Dès la prise en compte de votre bulletin d'affiliation dans le cadre d'une opération collective à adhésion facultative (« Extension ») et/ou surcomplémentaire facultative. En l'absence de précompte de vos cotisations par votre employeur, vous devez effectuer votre affiliation auprès de l'Institution directement en ligne via votre Espace Assuré Santé.

Lorsque votre affiliation est effective, vous devenez membre participant de la CRP.

➢ Les structures d'affiliation :

Votre entreprise peut choisir l'affiliation de ses salariés parmi l'une des structures définies ci-après. D'autres types de structures d'affiliation peuvent être proposées par l'Institution et seront précisées dans ce cas aux Conditions Particulières. Les cotisations seront déterminées en fonction de cette structure.

- **La structure Assuré seul**

L'affiliation du salarié participant est obligatoire.

- **La structure Tarif Unique Famille (TUF)**

L'affiliation du salarié participant est obligatoire, elle entraine de plein droit celle de ses ayants droit.

- **La structure Assuré seul / Famille**

L'affiliation du salarié participant est obligatoire. Toutefois, le participant peut :

- Être affilié seul,
- Ou être affilié avec l'ensemble de ses ayants droit : dans ce cas c'est l'intégralité des membres de sa famille qui sera couverte.

Le changement de la structure « famille » vers « assuré seul » est définitif sauf en cas de modification de la situation familiale.

- **La structure assuré seul/Duo/ Famille**

L'affiliation du participant est obligatoire. Toutefois, le participant peut :

- Être affilié seul,
- Ou être affilié avec son unique ayant droit,
- Ou être affilié avec l'ensemble de ses ayants droit : dans ce cas, c'est l'intégralité des membres de sa famille qui sera couverte.

Le changement d'une structure vers une autre des deux structures est définitif sauf en cas de modification de la situation familiale.

- **La structure Assuré seul / Extension Famille**

L'affiliation du salarié participant est obligatoire ; elle peut être étendue, au choix du participant, à l'ensemble de ses ayants droit moyennant une souscription à un contrat collectif à adhésion facultative.

- **La structure Assuré seul / Extension Duo/Extension Famille**

L'affiliation du participant est obligatoire ; elle peut être étendue, au choix du participant, moyennant une souscription à un contrat collectif à adhésion facultative :

- A son ayant droit,
- Ou à l'ensemble de ses ayants droit.

- **La structure Assuré seul / Extension Conjoint/Extension Enfant**

L'affiliation du participant est obligatoire ; elle peut être étendue, au choix du participant, moyennant une souscription à un contrat collectif à adhésion facultative :

- A son conjoint
- Ou aux enfants.

5. Bénéficiaires des garanties

➢ **Le salarié participant ;**

➢ **Les ayants droit du participant**, lorsqu'ils bénéficient des prestations, sont au sens de l'assurance maladie complémentaire :

- son conjoint, et à défaut :
  - son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) non dissout, non rompu,
  - son concubin célibataire, divorcé ou veuf, s'il réside sous le même toit que lui, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi, le participant et le concubin ne doivent être mariés, ni l'un ni l'autre, ni lié par un pacte civil de solidarité,

- ses enfants légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptés ou recueillis sur décision de justice de placement au sein de sa famille, ceux de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin, âgés de moins de 21 ans, réunissant l'une des conditions suivantes :
  - considérés comme à charge fiscale du participant ou de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin,
  - immatriculés personnellement à la Sécurité sociale et exerçant une activité professionnelle procurant des revenus inférieurs à 55 % du SMIC.

  Cette limite d'âge peut être prorogée jusqu'au 27ème anniversaire pour les enfants remplissant l'une des conditions ci-dessus et sous réserve qu'ils poursuivent leurs études.
  Les enfants jusqu'à leurs 27 ans et remplissant l'une des deux conditions ci-dessus, peuvent continuer de bénéficier des prestations frais de santé de l'un de leurs parents, une année supplémentaire à compter de la fin de leurs études.

  Aucune limite d'âge n'est requise pour les enfants handicapés s'ils ouvrent droit à l'allocation d'éducation pour enfant handicapé prévue à l'article L.541-1 du Code de la Sécurité sociale ou perçoit l'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L.821-1 de ce Code, sous réserve que leur incapacité ait été reconnue avant leur 18ème anniversaire (ou avant leur 27ème anniversaire pour ceux qui respectaient les conditions du paragraphe précédent).

- ses descendants, ceux de son conjoint, ceux de son partenaire pacsé ou de son concubin, autres que ses enfants légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptés ou recueillis sur décision de justice, **âgés de moins de 21 ans,** non scolarisés, qui sont à sa charge totale, effective et permanente.

- ses ascendants, ceux de son conjoint, ceux de son partenaire pacsé ou de son concubin, qui sont à sa charge effective selon les règles fiscales.

Le contrat d'adhésion précise, le cas échéant, la ou les catégories d'ayant droit définies au présent article.

Comment justifier la qualité de vos ayants droit ?

Pièces à fournir pour l'adhésion des bénéficiaires :

Nature du bénéficiaire	Pièces justificatives à fournir
Participant	• Attestation vitale Sécurité Sociale • Copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité • Relevé d'identité bancaire / IBAN
Conjoint	• Attestation vitale Sécurité Sociale s'il est lui-même assuré social • Copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité • Copie du livret de famille
Pacsé - Concubin	• Copie du justificatif de l'adresse commune • Copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité • Attestation vitale Sécurité Sociale • En cas de PACS, une copie de la convention de PACS • En cas de concubinage, une attestation sur l'honneur de concubinage signée des concubins
Enfant de moins de 18 ans à charge Sécurité sociale et /ou enfant de moins de 21 ans à charge fiscale	• Copie de l'avis d'imposition (pour les enfants âgés de 16 à 21 ans) • Attestation vitale Sécurité Sociale • Copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité (sauf mineurs) • Copie du livret de famille
Enfant de moins de 27 ans étudiant et non à charge Sécurité Sociale *	• Certificat de scolarité • Copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité • Attestation vitale Sécurité Sociale • Copie du livret de famille
Enfant de moins de 27 ans non à charge Sécurité Sociale en contrat d'apprentissage ou formation en alternance *	• Contrat d'apprentissage ou de formation en alternance • Copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité • Attestation vitale Sécurité Sociale • Copie du livret de famille • Copie du dernier bulletin de salaire
Enfant atteint d'une infirmité percevant des allocations prévues par la loi du 30/06/1975 sur les personnes handicapées *	• Copie du document lui accordant ces allocations ou Photocopie de la carte d'invalidité • Copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité • Attestation vitale Sécurité Sociale où figure l'enfant • Copie du livret de famille
Descendants de moins de 21 ans non scolarisés à charge totale effective et permanente*	• Attestation vitale Sécurité Sociale où figure le descendant • Copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité • Copie de l'avis d'imposition • Attestation sur l'honneur de la charge effective du descendant • Copie du livret de famille

Ascendants à charge effective selon les règles fiscales	• Copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de va • Copie de l'avis d'imposition • Attestation sur l'honneur de la charge effective de l'ascendant • Attestation vitale Sécurité Sociale s'il est lui-même assuré social • Copie du livret de famille

* La production de ces documents est exigée chaque année, dans les 30 jours suivant la rentrée scolaire, sans que la CRP n'en fasse expressément la demande.

En cas de radiation des effectifs de votre entreprise vous devez nous renvoyer sans délai votre carte de tiers payant.

6. Prise d'effet des garanties

Vous :

➢ **Dans le cadre des opérations collectives à adhésion obligatoire, vos garanties prennent effet :**

- À la date d'effet du contrat si vous appartenez à la catégorie de personnel assurée à cette date;
- Ou, à la date de votre entrée dans la catégorie de personnel assurée (embauche, promotion), sous réserve d'avoir adressé à la CRP les bulletins individuels d'affiliation correspondants ;
- Ou bien, au premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'affiliation par la CRP, si vous bénéficiez d'une dispense d'affiliation ou si vous renoncez à vous en prévaloir.

➢ **Dans le cadre des opérations collectives à adhésion facultative, vos garanties prennent effet :**

- À la date d'effet du contrat si vous appartenez à la catégorie de personnel assurée à cette date ;
- Ou, à la date de votre entrée dans la catégorie de personnel assurée (embauche, promotion) avec une tolérance de 3 mois ;
- Ou bien le premier jour du mois suivant la réception du bulletin individuel d'affiliation par la CRP, pour les demandes déclarées au-delà des 3 mois de la date d'embauche ou de promotion.

Pour la prise d'effet de votre demande d'affiliation au contrat santé collectif facultatif Extension famille ou au contrat surcomplémentaire collectif facultatif :

o Si celle-ci a été réalisée le même mois que la date d'effet du contrat socle, la date d'effet retenue sera la date d'effet du contrat socle,

o Si celle-ci a été réalisée un mois suivant, la date d'effet retenue sera le 1er jour du mois suivant,

o Si celle-ci a été réalisée dans le trimestre de la prise d'effet du contrat socle, la date d'effet retenue sera le 1er jour du mois suivant,

o Si celle-ci a été réalisée au-delà des trois mois, la date d'effet retenue sera le 1er jour de l'année suivante soit au 01/01/N+1.

Vos ayants droit :

➢ **Pour les ayants droit dans le cadre de la structure Tarif Unique Famille (TUF), la garantie prend effet :**

- A la même date que le participant,
- Ou à la date où ils répondent aux conditions d'ayants droit,

➢ **Pour les ayants droit dans le cadre des structures Assuré seul/Famille ou Assuré seul/Extension Famille, la garantie prend effet :**

- A la même date que le participant,

- Ou au jour de l'évènement, en cas de changement de situation familiale tel que naissance ou adoption, sous réserve que le bulletin individuel d'affiliation parvienne à la CRP au plus tard dans les trente jours qui suivent l'évènement,
- Ou au premier jour du mois civil suivant la demande d'affiliation auprès de la CRP pour les autres cas,
- Ou le lendemain de la radiation par le précédent organisme assureur, sous réserve que le bulletin individuel d'affiliation parvienne à la CRP au plus tard dans les quinze jours qui suivent la date de la radiation.

Vous êtes un ancien salarié bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité (article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale) :

En cas de rupture de votre contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, **en dehors du cas de licenciement pour faute lourde,** le maintien des garanties est accordé si vous remplissez, au jour de la cessation du contrat de travail, les conditions cumulatives suivantes :

- le contrat de travail doit être rompu ;
- les droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la cessation du contrat de travail ;
- la rupture du contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.
Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder DOUZE (12) mois.

Vous êtes chômeur, retraité, ayant droit d'un salarié décédé ou bien bénéficiaire d'indemnités journalières, ou de rentes versées par la Sécurité sociale :

Sans formalités médicales, ni délai de carence, une garantie à titre individuel peut être souscrite dans les SIX (6) mois qui suivent la date de rupture de votre contrat de travail.

Le terme de six (6) mois est reporté à la date à laquelle le bénéfice du maintien des garanties prend fin dans le cas particulier de l'application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale. La garantie prend effet au premier jour du mois qui suit votre demande et après paiement de la cotisation correspondante.

Les garanties maintenues sont celles dont vous bénéficiez et éventuellement vos ayants droit au moment de la cessation de votre contrat de travail ou à la cessation du maintien des garanties visées à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

La CRP a étendu le maintien des garanties frais de santé « Loi Evin » aux ayants droit de l'ancien salarié à condition que :

- l'ancien salarié soit bénéficiaire d'une rente incapacité ou invalidité, d'une pension de retraite ou d'allocations chômage ;
- que les ayants droit bénéficiaient de ces garanties frais de santé, au moment de la rupture du contrat de travail du salarié, au titre du contrat collectif souscrit par l'entreprise de l'ancien salarié.

Les tarifs applicables sont échelonnés sur trois ans :

- La 1ère année faisant suite à la sortie du contrat collectif, les tarifs ne peuvent être supérieurs au tarif global applicable aux salariés actifs.
- La 2ème année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % au tarif global applicable aux salariés actifs.
- La 3ème année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % au tarif global applicable aux salariés actifs.

Toute nouvelle adhésion consécutive à la résiliation d'un contrat dans le cadre d'une résiliation infra annuelle ne peut prendre effet avant la date effective de dénonciation de l'ancienne adhésion ou de résiliation de l'ancien contrat.

7. Maintien des garanties en cas de suspension de votre contrat de travail (Opérations collectives)

Vous bénéficiez des garanties prévues à la présente Notice d'Information et de leurs évolutions, pendant les périodes de suspension de contrat de travail, dans les situations décrites ci-dessous.

Les garanties sont maintenues tant que vous faites partie des effectifs de l'entreprise.

En cas de cumul emploi-retraite, le maintien est limité à la période de versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

7.1. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisé

Vous continuez à bénéficier des garanties si :

- Votre salaire est maintenu par votre employeur (maintien total ou partiel) ;

et/ou

- Vous percevez des indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur, qu'elles soient versées directement par votre employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;

et/ou

- Vous êtes bénéficiaire d'un revenu de remplacement versé par votre employeur. C'est le cas lorsque vous êtes placé en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, ou que votre activité est totalement suspendue ou vos horaires sont réduits. Cela concerne également toute période de congé rémunéré par votre employeur (reclassement, mobilité…).

Sont considérés comme des motifs de suspension du contrat de travail indemnisé :

- Le chômage partiel ou reconversion professionnelle : les indemnités seront versées par Pôle emploi ;
- Le congé maladie, maternité, paternité ou adoption : une indemnité journalière est versée par la sécurité sociale accompagnée, le cas échéant, d'un complément salarial de la part de l'employeur ;
- L'accident du travail ou la maladie professionnelle : une indemnité journalière est également versée par la sécurité sociale accompagnée, le cas échéant, d'un complément salarial de la part de l'employeur ;
- Le stage de reclassement professionnel ;
- Le congé parental d'éducation : les indemnités sont versées par la Caisse d'allocations familiales ;
- La formation professionnelle.

Même si votre contrat de travail est suspendu, vous continuez à acquitter la part de cotisations mise à votre charge.

7.2. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisé

Vous pouvez bénéficier des garanties et de leurs évolutions, pendant les périodes de suspension de contrat de travail **non indemnisé** si :

- Votre employeur organise la contribution au maintien des garanties dans son acte juridique :
  - le financement patronal de tout ou partie des garanties, sans remise en cause du traitement social de faveur,
  - la part salariale des cotisations reste à votre charge.

- Tous les salariés qui seraient placés dans une situation identique à la vôtre, bénéficient également du maintien des garanties.

Sont considérés comme des motifs de suspension du contrat de travail non indemnisé :

- La mise à pied disciplinaire ou conservatoire ;
- Les congés pour choix personnel : il s'agit par exemple de congés sans solde ou de congés sabbatiques ;
- Le congé pour création ou reprise d'entreprise ;
- Le congé intempéries ou catastrophe naturelle ;
- Le congé enfant malade.

7.3. Cas particulier du maintien des garanties en cas de suspension « sanitaire » du contrat de travail non indemnisé

Pendant la période de suspension de votre contrat de travail non indemnisé, si vous êtes concernés par l'obligation vaccinale de la Covid-19, vous conservez le bénéfice des garanties et leurs évolutions.

Votre employeur a la possibilité d'organiser la contribution au maintien des garanties en respectant le principe que cela doit bénéficier à tous les salariés qui seraient placés dans une situation identique.

8. Cessation des garanties

Le bénéfice des garanties souscrites cesse :

- A la date de prise d'effet de la résiliation de l'adhésion de votre employeur au régime complémentaire frais de santé ;
- A la date où vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assurée sauf cas de maintien des garanties dans le cadre d'une portabilité (cf. paragraphe 6 sur la prise d'effet des garanties) ;
- A la date où vous cessez de remplir les conditions vous permettant de bénéficier du maintien des garanties dans le cadre d'une portabilité ;
- A la date d'effet de la retraite de la Sécurité sociale (sauf en cas de cumul emploi-retraite, vous serez affilié au titre d'un nouveau contrat de travail) ;
- Lors de votre décès.

La cessation des garanties du participant entraîne, à la même date, la cessation des garanties de ses ayants droit. De plus, les garanties cessent à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit, ou à la date à laquelle leur radiation est demandée.

Les salariés en congé sans solde doivent s'assurer auprès de leur employeur du maintien ou non de leur affiliation.

9. Changement d'option

9.1. Dans le cadre des opérations collectives à adhésion obligatoire

- Suivant les dispositions du contrat souscrit par votre employeur, le passage d'une option supérieure vers une option inférieure n'est possible que dans les cas limitatifs suivants :

  - Mariage, conclusion d'un pacte civil de solidarité (pacs) ;
  - Séparation de corps constatée judiciairement, divorce, dissolution du pacs ;
  - Décès du conjoint ou du partenaire pacsé ou d'un enfant ;
  - Naissance d'un enfant ;
  - Perte significative de revenus due à une diminution du temps de travail.

La nouvelle option prendra effet au 1er jour du trimestre civil suivant la réception du justificatif.

- Le passage d'une option inférieure vers une option supérieure n'est possible qu'une fois par an au 1er janvier de l'année suivant la demande.

La demande doit être formulée avec un délai de prévenance d'un (1) mois, soit avant le 30 novembre de l'année en cours.

9.2. Dans le cadre des opérations collectives à adhésion facultative et Garantie double niveau

Toute radiation à l'initiative du salarié est irrévocable.

Quelle que soit l'auteur de la résiliation (Employeur ou Salarié), celle-ci entraine automatiquement la radiation des ayants droit rattachés au salarié.

10. Étendue des modifications des garanties

Pour les garanties dont les montants et modalités sont établis en considération de conditions en vigueur dans d'autres régimes (Sécurité sociale, Agirc-Arrco, etc.), **les changements apportés à ces conditions postérieurement à l'adhésion de votre employeur ne sauraient avoir pour effet d'augmenter**

l'étendue des engagements de la CRP qui sera, en pareil cas, fondée à apporter à l'expression de ses garanties, les aménagements nécessaires.

Ces aménagements seront notifiés, par lettre avenant, à votre employeur qui disposera d'un délai de deux mois, à compter de la date d'envoi de la lettre avenant pour refuser les modifications apportées.

En l'absence de réponse de sa part et passé ce délai, la CRP considérera que votre employeur a accepté les nouvelles conditions.

En cas de non-acceptation de ces majorations par votre employeur, notifiée à la CRP, par lettre recommandée avec avis de réception, dans le délai de deux mois précité, la CRP sera fondée à prononcer la résiliation de l'adhésion de votre employeur au régime complémentaire.

11. Résiliation

11.1 En cas de résiliation par l'employeur (opérations collectives à adhésion obligatoire)

Le contrat est résiliable :

- au 31 décembre de chaque année avec un préavis de 2 mois ;
- à tout moment, sans frais, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, selon les modalités fixées par l'article L.932-12-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les cartes de Tiers-payant devront être restituées à la CRP dès rupture du contrat Frais de Santé pour cause de résiliation ou de départ de l'entreprise donnant lieu à radiation.

En cas de rupture du contrat, la CRP réclamera à votre entreprise le remboursement des soins payés, intervenus après la date de radiation (utilisation de la carte Tiers-Payant à tort).

La résiliation d'un contrat collectif obligatoire de base entraîne de plein droit la résiliation du contrat collectif facultatif intervenant en complément (« contrat surcomplémentaire » et « contrat extension famille ») souscrit auprès de l'Institution.

11.2 En cas de résiliation par l'employeur, ou par le salarié ou ancien salarié participant (opérations collectives à adhésion facultative et opérations individuelles)

Toute demande de radiation est irrévocable. Le contrat est résiliable :

- au 31 décembre de chaque année, avec un préavis de 2 mois ;
- à tout moment, sans frais, après expiration d'un délai d'un an à compter de la signature du contrat d'adhésion ou de l'avenant au contrat d'adhésion ou de l'adhésion individuelle. A ce titre, l'employeur adhérent ou le salarié participant ou ancien salarié participant doit manifester expressément, à l'Institution, sa volonté de résilier son contrat ou son adhésion individuelle dans les conditions prévues à l'article L.932-21-3 du Code de la Sécurité sociale et celle de procéder à une nouvelle adhésion auprès d'un nouvel organisme :
    - Soit par lettre ou tout autre support durable ;
    - Soit par déclaration faite contre récépissé au siège social ou chez le représentant de l'Institution ;
    - Soit par acte extrajudiciaire ;
    - Soit par courrier électronique lorsque la conclusion du contrat ou l'adhésion au règlement s'est faite à distance, par ce mode de communication
    - Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Lorsque le contrat ou l'adhésion individuelle est résilié dans les conditions prévues au 1er alinéa de l'article L.932-21-2 du Code de la Sécurité sociale, **la résiliation du contrat d'adhésion en cours prend effet un mois après que l'Institution en a reçu notification par l'Adhérent ou le salarié participant.**

Quel que soit l'auteur de la résiliation infra-annuelle, l'Institution lui adressera un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet comprenant le solde des cotisations devant lui être remboursé dans un délai de trente jours. L'employeur adhérent, ou le salarié ou ancien salarié participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

L'Adhérent ou le participant peut dénoncer une adhésion ou une affiliation par l'intermédiaire du nouvel organisme auprès duquel sera souscrit le nouveau contrat. Celui-ci devra veiller à respecter les formalités liées à l'exercice du droit de résiliation et de dénonciation prévu au 1er alinéa de l'article L.932-21-2 du Code de la Sécurité sociale, en s'assurant de la continuité de la couverture de l'Adhérent ou du participant durant la procédure de résiliation par l'Institution.

La notification de dénonciation d'adhésion ou d'affiliation ; ou de résiliation du contrat, qu'elle émane de l'Adhérent, du participant ou du nouvel organisme doit être envoyée à l'adresse suivante :

CRP
2 bis, Ruelle Pavée
BP 60766
97475 Saint-Denis Cedex

Dans le cas d'une opération collective à adhésion facultative, la demande de résiliation du contrat devra être effectuée par l'employeur et est irrévocable.

La résiliation d'un contrat collectif facultatif intervenant en complément du contrat collectif obligatoire de base (« contrat surcomplémentaire » et « contrat extension famille ») n'entraîne pas celle du contrat obligatoire.

Le salarié participant peut dénoncer son adhésion au contrat collectif facultatif, à tout moment sans frais, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, ou après expiration d'un délai d'un an à compter de la modification des garanties facultatives matérialisée par un avenant au contrat d'adhésion.
Lorsque les cotisations du contrat collectif facultatif sont précomptées par l'employeur sur le bulletin de salaires du salarié, le salarié participant qui résilie son adhésion doit en informer son employeur.

Dans tous les cas, toute résiliation ou radiation entraine automatiquement la radiation des ayants droit rattachés au salarié.

Les cartes de Tiers-payant devront être restituées à la CRP dès rupture du contrat Frais de Santé pour cause de résiliation ou de départ de l'entreprise donnant lieu à radiation.

En cas de rupture du contrat, la CRP vous réclamera le remboursement des soins payés, intervenus après la date de radiation (utilisation de la carte Tiers-Payant à tort).

12. Faculté de Renonciation

Dans le cadre de la mise en place d'un régime collectif de Frais de Santé à adhésion facultative ou individuelle, vous avez la possibilité de renoncer à l'adhésion par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.932-12-2 du Code de la Sécurité sociale, pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion a pris effet, en application de l'article L.932-15 du Code de la Sécurité sociale. La notification de la renonciation du participant doit être envoyée à l'adresse suivante :

CRP
2 bis ruelle Pavée
BP 60766
97475 Saint-Denis Cedex

Lorsque vous faites usage de ce droit de renonciation, la CRP vous rembourse dans un délai de trente jours les cotisations qu'elle a éventuellement perçues. Dans le cas d'une opération collective à adhésion facultative, le remboursement sera effectué auprès de la personne ayant acquittée le paiement des cotisations préalablement encaissées.

13. Fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du salarié participant de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation par la CRP. Les cotisations payées à ce titre demeurent acquises à la CRP.

14. Subrogation

La CRP peut exercer toute action contre les tiers responsables pour obtenir le recouvrement des prestations payées.

15. Prescription

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- **En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;**

- **En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

16. Contrôle de l'Institution

La CRP est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09).

17. Réclamations

La CRP a mis en place une procédure de traitement des réclamations afin d'améliorer le service à ses clients.

Elle s'engage à accuser réception de leur demande dans un délai de 10 jours ouvrables et à apporter une réponse à celle-ci dans un délai maximum de 2 mois.

Toutes les réclamations, qu'elles portent sur un différend lié aux prestations, aux cotisations ou autre, doivent être adressées à la CRP par courrier électronique à satisfaction.clients@groupecrc.com ou par voie postale à l'adresse suivante :

CAISSE REUNIONNAISE DE PREVOYANCE
Service Qualité/Réclamations
2 bis Ruelle Pavée
BP 60766
97475SAINT-DENIS CEDEX

18. Médiation auprès de la Fédération des Institutions Paritaires de Protection Sociale (FIPS)

Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse apportée par nos services ou si aucune réponse ne vous a été apportée dans les deux mois à compter de l'envoi de votre première réclamation écrite, vous avez la possibilité de saisir gratuitement le Médiateur de la protection sociale (FIPS). Cette saisine doit intervenir dans un délai d'un an à compter de votre réclamation écrite initiale.

La Charte de médiation mise en œuvre par la CRP est communiquée sur simple demande.

Le recours au médiateur de la protection sociale (FIPS) s'adresse aux participants, aux bénéficiaires ou aux ayants droit ainsi qu'aux entreprises adhérentes de l'Institution.

La médiation est une procédure écrite. Les saisines sont rédigées en langue française.

Afin de faciliter le dépôt et le traitement de votre demande, nous vous invitons à privilégier la saisine du Médiateur via la plateforme en ligne :

https://www.fips-paritaire.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-fips/.

A défaut, vous pouvez adresser votre demande par voie postale, idéalement accompagnée du formulaire papier téléchargeable sur le site mentionné ci-dessus, à ladresse suivante :

Médiation de la protection sociale (FIPS)
10 Rue Cambacérès
75008 PARIS

Le médiateur étudiera ce dossier et rendra son avis en toute indépendance.

Si l'une des parties ne souhaite pas suivre l'avis rendu par le médiateur de la protection sociale (FIPS), le recours à la justice reste possible.

ATTENTION : Certains litiges ne relèvent pas de la compétence du médiateur de la protection sociale (FIPS) (par ex. : les décisions relevant de l'action sociale, les résiliations d'adhésion, les augmentations de cotisations ou encore les procédures de recouvrement).

19. Protection des données à caractère personnel

Responsable de Traitement
Les données concernant le Participant sont traitées par la CRP, Organisme Assureur, agissant en sa qualité de responsable de traitement et le cas échéant, par son délégataire de gestion agissant comme responsable de traitement conjoint.

Finalités et bases légales
Les données collectées et traitées par la CRP et le cas échéant, par son délégataire de gestion, sont nécessaires pour permettre de répondre à l'une des finalités décrites ci-après et uniquement, dès lors qu'un fondement juridique l'y autorise :

Finalités	***Bases légales***
▪ Traiter la demande d'affiliation	Exécution du contrat auquel le Participant est partie
▪ Gérer le contrat souscrit (gestion de la vie du contrat et mise à jour des informations concernant le Participant, émission des documents contractuels, gestion des cotisations, gestion des demandes de résiliation dans le cadre de la résiliation infra-annuelle (RIA))	
▪ Exécuter ledit contrat (paiement des prestations)	
▪ Élaborer des statistiques et études actuarielles	Intérêt légitime de la CRP et le cas échéant, de son délégataire de gestion
▪ Effectuer des vérifications à des fins de lutte contre la fraude ; ces vérifications étant susceptibles de conduire à l'inscription du Participant sur une liste de personnes présentant un risque de fraude	
▪ Effectuer des vérifications à des fins de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme via l'outil de filtrage Risque et Conformité à des fins de vérification si le Participant est PPE ou soumis à gel des avoirs	Obligations légales incombant à la CRP et le cas échéant, à son délégataire de gestion (Loi LCB-FT)
▪ Réaliser des actions de prospection commerciale par e-mail et/ou SMS sous réserve d'avoir préalablement obtenu le consentement exprès du Participant ; ces communications pourront être personnalisées sur la base d'un profilage analytique (cf. Profilage, ci-après)	Consentement
▪ Réaliser des mailings d'information	Intérêt légitime du ou des Responsable(s) de Traitement (cf. paragraphe « Destinataires » ci-après) ;
▪ Etablir des reportings	Obligation légale incombant à la CRP
▪ Etablir des statistiques	Intérêt légitime de la CRP
▪ Traiter les réclamations	Exécution du contrat auquel le Participant est partie
▪ Gérer les précontentieux et contentieux	
▪ Gérer les demandes d'exercice des droits reconnus au Participant au titre de la règlementation applicable au traitement et à la protection des données personnelles	Obligation légale incombant à la CRP et le cas échéant, à son délégataire de gestion.

Profilage
Soucieuse de n'adresser que des contenus pertinents, la CRP est susceptible de personnaliser ses communications commerciales sur la base des données que le Participant lui a communiquées directement : secteur d'activité, secteur géographique, profession, etc. En application du RGPD, ce traitement constitue une opération de profilage analytique destiné à l'amélioration continue des communications et des relations clients de la CRP. À tout moment le Participant pourra retirer son consentement à la réception de toute communication de nature commerciale, et au profilage analytique associé, en suivant la procédure détaillée au point "Droits du Participant".

Données traitées
Différents types de données concernant le Participant sont collectées puis traitées :

Les données communiquées par le Participant	Lorsque le Participant remplit un bulletin d'affiliation, échange avec la CRP de toute autre manière ou met à jour ses données via l'outil du délégataire.
Les données communiquées par l'employeur	Les données transmises par l'employeur du Participant (via le tableau d'identification des salariés).
Les données créées ou inférées par le responsable de	Les données créées ou inférées par le responsable de traitement sur la base des données qu'il détient : numéro d'adhérent, numéro de contrat, numéro d'identification d'une réclamation, montant des remboursements.

traitement	
Les données collectées indirectement auprès des tiers suivants :	○ Dans le cadre de l'exécution du contrat : ▪ Les prestataires intervenant dans le paiement des prestations : informations nécessaires au versement de la prestation (NIR, Professionnel de santé consulté, acte, date du soin…) ; ▪ Le professionnel de santé y compris les opticiens : informations nécessaires au versement de la prestation (NIR, Professionnel de santé consulté, acte, date du soin…) ; ○ Dans le cadre de la lutte contre la fraude : ▪ L'ALFA (Association pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance) : toute donnée d'identification connue de la personne (nom, prénom, NIR, adresse, …) ; ○ Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme : ▪ La DGT (Direction Générale du Trésor) : toute donnée d'identification connue de la personne (nom, prénom, alias, date de naissance, lieu de naissance, nationalité, adresse, fonction/rôle, …) ▪ La base de données facilitant la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme : données d'identification de la personne dans le domaine publique (exemple parution dans des journaux), à savoir nom, prénom, date de naissance, lieu de naissance, nationalité, pays de résidence, adresse, fonction/rôle, liens de parenté, données d'identification de la famille, appartenance à une liste officielle (sanction ou autre).

Destinataires

Les données personnelles du Participant sont principalement destinées :

- aux services internes à la CRP en relation avec la clientèle et aux gestionnaires de contrats et de sinistres pour les clients dont ils ont la charge ainsi que leur supérieur hiérarchique ;
- le cas échéant, aux services internes du délégataire de gestion ;
- ainsi qu'aux services habilités du Groupe CRC chargés des actions de prospection commerciale réalisées par la CRP et/ou Groupe CRC Courtage; des réclamations et de la satisfaction client, des études statistiques et actuarielles ainsi que leurs supérieurs hiérarchiques, le personnel habilité de la direction générale, le pôle juridique; les services chargés des vérifications en matière de lutte contre la fraude, le personnel habilité à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une personne politiquement exposée, le personnel habilité du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment notamment ceux ayant la qualité de correspondant ou de déclarant Tracfin, le service chargé du contrôle interne.
- Dans la mesure où cela est rendu nécessaire pour la réalisation de tout ou partie des finalités visées ci-dessus, les données du Participant sont susceptibles d'être transmises ou rendues accessibles aux partenaires, tiers et/ou prestataires agissant en qualité de responsables de traitement distincts, co-responsables de traitement ou sous-traitants :

Dans le cadre de l'exécution des conditions générales n°1611 de la Convention d'Assistance Santé	FILASSISTANCE INTERNATIONAL, agissant en qualité d'Assureur, acquiert ainsi le rôle de responsable de traitement distinct ; la CRP n'ayant aucunement accès aux données traitées par FILASSITANCE INTERNATIONAL dans le cadre de l'exécution des prestations couvertes par les conditions générales précitées.
Dans le cadre des prestations de Télémédecine	Médecin Direct collecte et traite les données nécessaires à l'exécution desdites prestations en qualité de responsable de traitement distinct. Dans le cadre des mailings d'information relatifs aux prestations fournies par Médecin Direct, ce dernier agit en qualité de responsable de traitement conjoint aux côtés de la CRP.
Dans le cadre de la gestion et l'exécution du contrat	Les données du Participant sont rendues accessibles aux tiers autorisés ainsi qu'aux personnes intéressées au contrat ; Dans le cadre de la RIA, les données de la Personne Concernée sont transmises à la personne ou à l'organisme à l'initiative de la demande de RIA.
Dans le cadre du traitement des réclamations	Outre le service en charge du traitement des réclamations et de la satisfaction client du Groupe CRC agissant en qualité de responsable de traitement conjoint aux côtés de la CRP, les données du Participant sont susceptibles d'être rendues accessibles aux autorités de contrôles compétentes (ACPR, CNIL, …), à la Commission de recours interne ou encore au médiateur compétent (CTIP) agissant en qualité de responsables de traitement distincts, le cas échéant.

Dans le cadre du traitement des éventuels précontentieux ou contentieux	Les données du Participant sont susceptibles d'être transmises aux auxiliaires de justices, officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux arbitres, et médiateurs compétents.
Dans le cadre de la lutte contre la fraude	Les données du Participant sont susceptibles d'être transmises : - à l'ALFA (Association pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance) agissant en qualité de responsable de traitement distinct ; - au personnel habilité des sous-traitants ; - aux inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs agissant en qualité de responsables de traitement distincts. Dès lors qu'ils sont directement concernés par une suspicion de fraude, peuvent également être destinataires des données relatives à cette fraude, les personnels habilités : - des autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude : le délégataire, agissant en qualité de responsable conjoint dans le cadre de délégation de gestion, - des organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux, - des organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude, - les auxiliaires de justice et officiers ministériels, - l'autorité judiciaire, les médiateurs ou arbitres saisis d'un litige, les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations, - et s'il y a lieu, les victimes de fraudes ou leurs représentants.
Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	Les données du Participant sont rendues accessibles à la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, les autorités de contrôle compétentes au sens de l'article L.561-36 du code monétaire et financier (CMF), notamment l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), pour les données relatives aux personnes qui font l'objet d'une mesure de gel des avoirs, à la Direction générale du Trésor, aux autorités de contrôle compétentes des autres états membres de la Communauté européenne, des états partie à l'accord sur l'Espace économique européen et des états où sont applicables les accords conclus avec l'ACPR ou l'Autorité des Marchés Financiers en application des dispositions prévues aux articles L.632-7, L.632-13 et L.632-16 du CMF ainsi qu'au délégataire, agissant en qualité de responsable conjoint dans le cadre de délégation de gestion.
En matière de traitement des demandes d'exercice des droits reconnus au Participant au titre de la règlementation applicable à la protection des données personnelles	Le DPO des entités membres du Groupe CRC bénéficie d'un accès aux données nécessaires au traitement desdites demandes ainsi que, le cas échéant, le DPO du délégataire de gestion.
Et plus généralement, ont accès aux données personnelles du Participant	Le personnel habilité des prestataires agissant en qualité de sous-traitants de données personnelles et avec lesquels sont conclus des contrats conformes aux obligations de l'article 28 du RGPD (notamment, prestataire en charge de l'hébergement des données, de la maintenance de l'outil de gestion, fournisseur de solutions bureautiques cloud ...).

A l'exception des données fournies par l'employeur via le tableau d'identification des salariés (nom, prénom, date de naissance, numéros de téléphone fixe et mobile, email), aucune donnée supplémentaire concernant le Participant ne sera communiquée à son employeur.

Durées de conservation

L'ensemble des données collectées et traitées est conservé pendant le temps strictement nécessaire à la réalisation d'une ou des finalités visée(s) ci-dessus, majoré des durées de conservation imposées et/ou des délais légaux de prescription applicables :

En cas de conclusion d'un contrat	Les données du Participant sont conservées en base active pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat, soit 2 ans à compter de la fin du contrat ou 2 ans à compter du dernier jour du trimestre au cours duquel a eu lieu le dernier soin, dans le cas où la date du dernier soin

	intervient au cours du trimestre de la résiliation du contrat, en application de l'article L.932-13 du code de la sécurité sociale. Les données sont ensuite archivées pendant 8 ans à compter de la fin de la durée de conservation en base active pour être ensuite supprimées au cours du 1er trimestre de l'année N+11, N étant l'année de fin du contrat.
En matière de prospection commerciale	Les données du Participant sont conservées pour une durée de 3 ans à compter de la date d'échéance d'un contrat. Au terme de ce délai, l'entité du Groupe CRC agissant en qualité de responsable de traitement pour cette finalité pourra reprendre contact avec le Participant afin de savoir s'il souhaite continuer à recevoir des sollicitations. En cas de retrait de consentement ou en l'absence de réponse positive et explicite, les coordonnées du Participant seront conservées pour une durée minimale de 3 ans dans le seul but de garantir l'effectivité de votre droit d'opposition.
En matière de mailings d'information	Les coordonnées du Participant seront traitées par Médecin Direct jusqu'au terme ou à la résiliation du contrat.
En matière de lutte contre la fraude	En matière de lutte contre la fraude, toute alerte non pertinente ou n'ayant reçu aucune qualification à l'issue d'un délai de six mois, sera supprimée immédiatement. Lorsque l'alerte est pertinente, les données sont conservées pour une durée maximale de cinq ans à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, elles sont conservées jusqu'au terme de la procédure et seront ensuite archivées selon les durées de prescription applicables. Toutes données concernant une personne inscrite sur une liste des fraudeurs présumés seront supprimées à l'issue d'un délai de cinq ans à compter de la date d'inscription sur cette liste.
En matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	Sans préjudice de dispositions plus contraignantes, les données et les documents relatifs à l'identité des Participants et, le cas échéant, des bénéficiaires effectifs, sont conservés pendant une durée de cinq ans à compter de la résiliation du contrat ou de la cessation de la relation. De même, sont conservées pendant cinq ans à compter de leur exécution, y compris en cas de résiliation du contrat ou de cessation des relations : - les données et documents relatifs aux opérations faites par ceux-ci ou non exécutées en application des mesures de gel des avoirs ou des sanctions financières et, - les documents consignant les caractéristiques des examens renforcés de toute opération particulièrement complexe ou d'un montant inhabituellement élevé ou ne paraissant pas avoir de justification économique ou d'objet licite (origine des fonds et destination de ces sommes objet de l'opération et identité de la personne qui en bénéficie).
En matière de traitement des réclamations	Les données sont conservées pendant deux ans puis archivées pendant trois ans à des fins de contrôle.
Dans le cadre d'un éventuel précontentieux ou contentieux	Les données traitées dans le cadre d'un éventuel précontentieux sont supprimées dès le règlement amiable du litige ou, à défaut, dès la prescription de l'action en justice correspondante. Les données traitées pour gérer un éventuel contentieux sont supprimées lorsque les recours ne sont plus possibles contre la décision rendue pour la faire exécuter. Toutefois, les décisions prononcées pourront être conservées à titre d'archive définitive en raison d'un intérêt historique.
En matière de traitement des demandes d'exercice des droits	Les données relatives aux pièces d'identité et communiquées par le Participant pour l'exercice du droit d'accès ou de rectification, pourront être conservées conformément au délai fixé par l'article 9 du code de procédure pénale.

Droits du Participant

Conformément à la législation en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel, le Participant dispose d'un droit d'accès aux données le concernant, d'un droit de rectification de ses données et d'un droit à la limitation de leur traitement. Dans les limites de la législation applicable, le Participant peut également exercer ses droits d'opposition, d'effacement et de portabilité de ses données.

S'agissant des traitements relatifs à la prospection commerciale et de profilage analytique associé, le Participant dispose du droit de retirer son consentement à tout moment : pour ce faire, le Participant a la possibilité de retirer son consentement, via son espace client, en se rapprochant de son conseiller, en cliquant sur le lien « Préférences email » intégré dans chacune des communications ou en renvoyant STOP à un numéro non surtaxé.

Il dispose, enfin, du droit de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles en cas de décès (Cf. Site de la CNIL : www.cnil.fr pour plus d'informations sur ces droits).

Pour exercer l'un de ces droits, le Participant adressera sa demande à :

- Caisse Réunionnaise de Prévoyance (CRP), DPO, 2 bis ruelle Pavée - BP 60766 – 97475 Saint Denis Cedex

ou

- dpo.crc@groupecrc.com.

Toute demande doit préciser, en objet, son motif (exercice du droit d'accès, d'opposition, ...), être accompagnée de tout élément permettant de justifier de son identité (ex : n° adhérent) et préciser l'adresse à laquelle doit parvenir la réponse. La CRP adressera sa réponse dans un délai maximum d'un (1) mois, à compter de la date de réception de la demande ; ce délai pouvant être prolongé de deux (2) mois supplémentaires en raison de la complexité et du nombre de demandes.
Si toutefois le Participant estime, après avoir contacté la CRP, que ses droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, il aura la possibilité d'adresser une réclamation à la CNIL, en ligne, directement sur le Site de la CNIL ou par voie postale à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Les présentes mentions d'information complètent la Politique de confidentialité du Groupe CRC, disponible sur son site internet : www.groupecrc.com.

II. Dispositions particulières aux garanties frais de santé

1. Devoir d'information du participant et de l'entreprise adhérente en cas de sinistre causé par un tiers

Lorsque le participant ou ayant droit est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, la CRP dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

Le participant atteint de blessures imputables à un tiers, et/ou, le cas échéant, son employeur, doivent en informer la CRP lors des formalités de demande de prestations.

2. Réseaux de soins

La CRP se réserve la faculté de conclure des accords instituant des réseaux de prestataires afin que les assurés bénéficient des prestations basées sur des principes de modération tarifaire et qualité. Les entreprises adhérentes et leurs salariés participants seront tenus informés des avantages apportés par ces nouveaux réseaux.

3. Quels sont les remboursements des frais de santé ?

La nature et le niveau des garanties frais de santé sont précisés en annexe du contrat d'adhésion remis à votre entreprise dans le tableau des garanties.

Le contrat prend en charge, **dans la limite du niveau de garanties**, le remboursement :

- des frais restant à charge après remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite du niveau de garanties, pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale,
- des dépenses de soins médicalement prescrites à caractère thérapeutique non prises en charge par la Sécurité sociale dans la limite du montant prévu au tableau des garanties annexé au contrat d'adhésion,
- des dépenses de soins prises en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus au tableau des garanties annexé au contrat d'adhésion,
- des actes de prévention réalisés par les professionnels de santé,
- des dépenses de prévention mentionnées au tableau de garanties annexé au contrat d'adhésion.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale, le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base du remboursement de la Sécurité Sociale ou Ticket Modérateur) et de la législation en vigueur à la date des soins.

Pour les prestations non prises en charge par la Sécurité sociale, il n'y a pas de remboursement CRP sauf ceux précisés au tableau des garanties souscrites par votre entreprise.

L'indemnité de maternité ou l'allocation maternité y compris adoption plénière est versée forfaitairement et a pour objet de couvrir les dépenses liées à l'arrivée d'un enfant. Elle est versée en une seule fois, **à la mère bénéficiaire du contrat, à compter du 7ème mois de grossesse**, ou au jour de l'adoption plénière.
En cas de maternités multiples attendue ou d'adoptions multiples, l'allocation maternité est versée pour chaque enfant attendu ou adopté.

Pour bénéficier de l'allocation maternité, la demande de règlement doit être accompagnée d'une attestation médicale justifiant que la grossesse ou grossesse multiple a atteint 27 semaines ou 7 mois de grossesse. En cas de grossesse multiple, l'attestation médicale doit justifier du nombre d'enfants attendus.

Dans le cas d'une adoption plénière, la mère bénéficiaire du contrat doit transmettre la décision entérinant l'adoption.

Quel que soit le cas, la demande de règlement accompagnée du justificatif doit être effectuée auprès de l'Institution, au plus tard, dans les six (6) mois suivant la date de naissance(s) de l'(les) enfant(s) ou la date entérinant l'adoption.

Les frais de cure thermale comprennent le forfait de surveillance médicale, le forfait thermal, les frais de transport et d'hébergement acceptés par la Sécurité sociale.

Le forfait de surveillance médicale : il s'agit des frais relatifs aux consultations et traitements effectués par le médecin de la station thermale.

Le forfait thermal : il s'agit des frais relatifs aux soins et traitements effectifs que vous suivez dans le cadre de votre cure thermale.

Le forfait patient urgence (FPU) est facturé aux personnes qui se rendent aux urgences pour des soins non programmés et non suivis d'une hospitalisation.
Ce forfait est à tarif unique et fixe quels que soient les soins reçus.
Ainsi, chaque patient non hospitalisé saura dès son passage aux urgences quel est le montant de son reste à charge.

Le forfait patient urgence est réduit pour les personnes suivantes :

- les personnes reconnues en affection de longue durée (ALD) ;
- les bénéficiaires d'une rente d'accident de travail ou d'une maladie professionnelle avec une incapacité inférieure aux deux tiers.

La demande de remboursement doit être accompagnée de la facture justificative nominative.

Le forfait patient urgence est supprimé pour ceux qui se trouvent dans ces situations :

- invalides ayant un taux d'incapacité au moins égal aux deux tiers ;
- victimes d'un risque sanitaire grave et exceptionnel ;
- bénéficiaires des prestations maternité (femmes enceintes et nouveau-nés de moins d'un mois) ;
- donneurs d'organes pour les actes en lien avec le don ;
- mineurs victimes de sévices sexuels pour leurs soins ;
- bénéficiaires d'une pension militaire d'invalidité ;
- victimes d'actes de terrorisme ;
- bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) ;
- détenus.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de prestations de cet organisme, ou celui facturé en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale au participant et à ses ayants droit.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie, la date des soins retenue par la Sécurité sociale faisant foi, à défaut la date de facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

4. Les limites des remboursements

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne donnent pas lieu à remboursement de la part de la CRP, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le total des remboursements de la CRP, de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées telles que définies au paragraphe précédent.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Le salarié participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix, et dans la limite des frais réellement engagés. En aucun cas, les remboursements effectués ne peuvent excéder les frais réellement engagés.

Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Tout forfait non utilisé sur une année ne donnera lieu à aucun report sur l'année suivante.

5. Les formalités de règlement des prestations

Les prestations sont traitées :

- Soit par échange NOEMIE (télétransmission), sauf opposition écrite du salarié participant ;
- Soit sur présentation de l'original du décompte de la Sécurité sociale (ou du décompte d'un autre organisme assureur) ou le décompte de la Sécurité sociale téléchargé sur le site www.ameli.fr, en indiquant le numéro de Sécurité sociale du salarié cotisant ainsi que les factures acquittées des tickets modérateurs (part non prise en charge par la Sécurité sociale) ou des travaux et soins refusés intégralement par la Sécurité sociale.

Lors de l'affiliation, vous fournissez un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

Ces pièces sont conservées par l'Institution qui se réserve le droit de réclamer toute autre pièce complémentaire pour l'instruction du dossier.

Les demandes de prestations doivent être adressées à l'Institution dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part entraînera la nullité du régime complémentaire souscrit et la déchéance de tous droits aux prestations.

6. Le délai de paiement des prestations

Hors flux NOEMIE (télétransmission), l'Institution s'efforcera de payer les prestations et les indemnités dues aux salariés participants, aux bénéficiaires ou aux ayants droit de ceux-ci au plus tard dans un délai de 20 jours ouvrés sous réserve d'avoir réceptionné toutes les pièces justificatives nécessaires au traitement de la demande de prestations.

7. Le Tiers Payant

Le service du Tiers Payant qui permet d'être dispensé de tout ou partie de l'avance des frais est accordé aux salariés participants et ayants droit pour les dépenses engagées auprès des professionnels de santé lorsque des conventions ont été conclues entre la CRP et ces professionnels.

En cas de non-paiement de cotisation, le service du Tiers Payant est suspendu au plus tôt, 10 jours après l'envoi de la mise en demeure jusqu'à complet règlement des cotisations par le débiteur de celles-ci.

En cas de radiation des effectifs, le salarié participant doit sans délai retourner à la CRP sa Carte de Tiers payant Santé.

8. Les soins à l'étranger

Les garanties ne sont acquises qu'aux salariés participants exerçant leur activité sur le territoire français. Lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois ou à l'occasion du détachement d'un salarié participant hors du territoire français **(sauf dans les pays formellement déconseillés par le Ministère des Affaires Étrangères),** les garanties s'exercent en complément des prestations servies par le régime d'assurance maladie de la Sécurité sociale.

Pour les ayants droit du participant effectuant leurs études en Europe :

- soit l'ayant droit bénéficie de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) lui permettant d'attester de ses droits à l'assurance maladie et de bénéficier d'une prise en charge sur place de ses soins médicaux, selon la législation et les formalités en vigueur dans le pays de séjour, avec remboursement par l'organisme de sécurité sociale du lieu de séjour. Pour la partie des soins non remboursés, pas de remboursement par l'Institution.

- soit l'ayant droit ne bénéficie pas de la CEAM ou a fait l'avance des frais et n'a pas demandé le remboursement des soins médicaux sur place, un remboursement éventuel des frais restant à charge après remboursement de la sécurité sociale par l'Institution **est possible** de retour en France selon le cas sur la base des tarifs en vigueur de l'État de séjour et dans la limite des dépenses engagées ou selon la législation de la sécurité sociale française, dans la limite du niveau des garanties, pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale. Quant aux dépenses de soins médicales prescrites à caractère thérapeutiques et/ ou des forfaits non pris en charge par la sécurité sociale, une prise en charge par l'Institution est possible dans la limite du montant prévu au contrat souscrit (cf. tableau de garanties).

Pour les ayants droit du participant effectuant leurs études hors de l'Union Européenne :

- Les garanties s'exercent à condition que le pays d'accueil ait signé une convention de sécurité sociale avec la France prévoyant la prise en charge des soins étudiants, et dans la limite de la tarification définie ci-dessous.

- S'il n'existe aucune convention, la prise en charge par l'Institution interviendra seulement en relais de l'assurance maladie, dans la limite des garanties souscrites et de la tarification applicable en France.

Pour les soins dispensés hors de France, les dépenses réelles, prises en considération pour le calcul des prestations de la CRP, pourront, s'il y a lieu et après avis de notre médecin conseil, être plafonnées à hauteur du prix pratiqué normalement en France pour des actes et des soins équivalents.

9. Comment constituer les dossiers de remboursement ?

Vous avez le libre choix du praticien et de l'établissement hospitalier.
Pour obtenir le remboursement des soins que vous avez payés, vous devez fournir l'original du décompte de prestations reçu de la Sécurité sociale ou télécharger le décompte sur le site de la Sécurité sociale www.ameli.fr.
La notion « *une fois par an* » s'entend par année civile du 1er janvier au 31 décembre.

9.1 Les prothèses dentaires

Lorsque vous prévoyez des travaux de prothèses dentaires, vous pouvez demander l'établissement d'un devis détaillé, dent par dent, avec leur codification en lettres-clé et leur prix unitaire à votre dentiste et le soumettre à la CRP pour acceptation. Une fois les soins effectués, vous devez transmettre à la CRP, le bordereau de remboursement de la Sécurité sociale pour l'ensemble des soins effectués, accompagné de la facture détaillée acquittée et éventuellement du devis CRP.

9.2 Les équipements optiques

Les équipements optiques sont pris en charge en tiers payant, tous les deux ans, sauf cas particuliers (Cf. Supra – I Dispositions générales - *Article 2.3 Périodicité du renouvellement des équipements optique et auditif du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé*), **à l'exclusion des lentilles.** Le remboursement de l'équipement payé s'effectue sur présentation du décompte de la Sécurité sociale, d'une facture détaillée et acquittée, et de la prescription médicale.

9.3 Pièces justificatives pour le remboursement des soins

En l'absence de procédure par télétransmission, le salarié participant doit adresser à la CRP pour obtenir les prestations, les pièces justificatives suivantes :

- l'original du décompte de la Sécurité sociale (ou du décompte d'un autre organisme assureur) ou le décompte de la Sécurité sociale issu du site www.ameli.fr en indiquant le numéro de sécurité sociale du participant cotisant ;

- les factures acquittées des tickets modérateurs (part non prise en charge par la Sécurité sociale) ou des travaux et soins refusés intégralement par la Sécurité sociale.

La CRP se réserve le droit de réclamer toute autre pièce complémentaire pour l'instruction du dossier.

10. Où s'adresser ?

10.1 Pour votre adhésion, vos cotisations, votre régime :

→ Contactez votre employeur :

- pour effectuer votre adhésion et/ou toute modification de votre situation,
- pour toutes questions concernant le paiement de vos cotisations,
- pour toutes questions générales sur le régime.

10.2 Pour vos remboursements et vos demandes de prises en charge :

→ Contactez la CRP :

CAISSE REUNIONNAISE DE PREVOYANCE
2 bis ruelle Pavée - BP 60766
97475 SAINT-DENIS CEDEX
Tél : 02 62 900 100
E-mail : mesdemandes@sante.groupecrc.com
ou via votre espace assuré.

10.3 Pour obtenir une nouvelle carte de tiers payant CRP ou pour tous changements dans votre situation :

→ Pensez à avertir la CRP, le plus rapidement possible, lors de tout changement :

- d'adresse,
- de situation de famille,
- de situation des enfants à charge.

CAISSE REUNIONNAISE DE PREVOYANCE
2 bis ruelle Pavée - BP 60766
97475 SAINT-DENIS CEDEX
Tél : 02 62 900 100
E-mail : mesdemandes@sante.groupecrc.com
ou via votre espace assuré

IMPORTANT

ATTESTATION A SIGNER ET A REMETTRE A VOTRE EMPLOYEUR

Partie à conserver par vos soins

Je soussigné(e),[1]_____

salarié(e) de[2] _____

certifie avoir reçu de mon employeur la notice d'information (réf. CRP/NOTINFO/FDS/01012026) relative au régime de frais de santé mis en place par mon entreprise auprès de la Caisse Réunionnaise de Prévoyance (CRP).

Fait à _____le_____

Ce document doit être conservé par le salarié sans limite de durée.

Il doit être remplacé à chaque remise d'une notice constatant des modifications contractuelles.

✂_____

Partie à découper et à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),[1]_____

salarié(e) de[2] _____

certifie avoir reçu de mon employeur la notice d'information (réf. CRP/NOTINFO/FDS/01012026) relative au régime de frais de santé mis en place par mon entreprise auprès de la Caisse Réunionnaise de Prévoyance (CRP).

Fait à _____le _____

Signature du salarié :

Ce document doit être conservé par l'employeur sans limite de durée.

Il doit être remplacé à chaque remise d'une notice constatant des modifications contractuelles.

[1] Veuillez inscrire vos noms et prénoms
[2] Indiquer la raison sociale de votre employeur