

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU COMMERCE DE GROS

Frais de Santé

Contrat collectif à adhésion obligatoire

CONDITIONS GÉNÉRALES N° 9519

SOMMAIRE

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3
ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT	3
ARTICLE 2 – DÉFINITIONS	3
ARTICLE 3 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	4
ARTICLE 4 – PRISE D'EFFET – DURÉE – RENOUVELLEMENT	8
ARTICLE 5 – OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT	8
ARTICLE 6 – AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL ET DE LEURS AYANTS DROIT	9
ARTICLE 7 – MAINTIEN DES GARANTIES	11
ARTICLE 8 – COTISATIONS	12
ARTICLE 9 – RÉVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L'ORGANISME ASSUREUR	13
ARTICLE 10 – RÉSILIATION	14
ARTICLE 11 – RECOURS – PRESCRIPTION	14
ARTICLE 12 – RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	15
ARTICLE 13 – CONTRÔLE DE L'ORGANISME ASSUREUR	15
ARTICLE 14 – DISPOSITIONS DIVERSES	15
ARTICLE 15 – COUVERTURE FACULTATIVE DU CONJOINT NON À CHARGE AU SENS DU CONTRAT	17
DEUXIÈME PARTIE DÉFINITION DES GARANTIES	19
ARTICLE 16 – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	19
ARTICLE 17 – RISQUES EXCLUS	21
TROISIÈME PARTIE VERSEMENT DES PRESTATIONS	22
ARTICLE 18 – MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	22
ANNEXE I : GARANTIES	24

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat d'adhésion est constitué des présentes Conditions générales ainsi que du bulletin d'Adhésion rempli et signé par l'entreprise (ou Conditions particulières).

La personne morale désignée au contrat d'Adhésion (ou Conditions particulières), et ci-après dénommée « **l'Adhérent** », adhère au présent contrat dédié aux entreprises et salariés de la branche du Commerce de Gros, auprès de l'un des organismes assureurs suivants :

- « **Malakoff Humanis Prévoyance** », Institution de prévoyance régie par le Livre IX du Code de la sécurité sociale, dont le siège social est au 21 rue Laffitte 75009 Paris - N°SIREN 775 691 181,
- « **AG2R RÉUNICA Prévoyance** », Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE – 104-110 Boulevard Haussmann 75008 PARIS – Membre du GIE AG2R RÉUNICA,

dénommés ci-après « **l'Organisme assureur** ».

Le contrat d'adhésion est co-assuré à parts égales par les deux institutions ci-dessus. Malakoff Humanis Prévoyance et AG2R RÉUNICA Prévoyance sont engagées à l'égard des entreprises Adhérentes et des assurés, à hauteur de leur quote-part respective.

Les Participants bénéficient du respect de la garantie de leurs droits en cas de modification ou de cessation de la co-assurance. Chaque co-assureur peut demander son retrait de la co-assurance. En tout état de cause, les dispositions qui s'appliqueront en conséquence de ce retrait prendront effet au 31 décembre de l'année de la demande, à minuit. La part des prestations et des provisions correspondantes, à la charge de chacun des co-assureurs démissionnaires et correspondant à des frais de santé engagés avant la prise d'effet du retrait, demeurent à leur charge respective.

Afin d'assurer la continuité de couverture, le contrat d'adhésion se poursuit auprès de l'Organisme assureur retenu lors de l'adhésion, ceci tant que l'une des parties n'en demande pas la résiliation dans les conditions prévues aux présentes Conditions générales.

Le contrat d'adhésion a pour objet d'instituer une opération d'assurance à adhésion obligatoire.

La garantie a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé.

L'ADHÉRENT précise la formule de garanties qu'il souhaite retenir sur son Contrat d'Adhésion (ou proposition de contrat).

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la sécurité sociale.

Les résultats de l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales sont mutualisés ; il est établi un compte d'exploitation technique commun.

ARTICLE 2 - DÉFINITIONS

Actes Hors Nomenclature : Actes non reconnus par la Sécurité sociale et non inscrits aux Nomenclatures.

Adhérent : Personne morale souscriptrice du présent contrat.

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) : Le tarif défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.

Bénéficiaire : Participant et, le cas échéant, ses ayants droit dans les conditions définies au présent contrat.

Bulletin d'adhésion (ou proposition de contrat ou conditions particulières) : Acte rempli et signé par l'Adhérent par lequel il adhère au contrat.

Catégorie de personnel : Ensemble de personnes physiques travaillant pour le compte de l'Adhérent et défini par celui-ci, conformément aux articles R. 242-1-1 et suivants du Code de la sécurité sociale, dans l'acte prévu à l'article L. 911-1 du même Code instituant les garanties collectives.

Concubin : Personne vivant en concubinage avec le Participant. Conformément à l'article 515-8 du Code Civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

Conjoint : l'époux ou l'épouse de l'assuré, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e), ou à défaut, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code Civil, ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code Civil, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS).

Contrat Responsable : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

Contrat Solidaire : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).

Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.

DSN : La déclaration sociale nominative est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.

Franchise : La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence. **La franchise n'est pas remboursée par l'organisme assureur.**

Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR ou RSS) : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

Nomenclature : Désigne aussi bien la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), que la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et que la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Organisme assureur : l'un des trois organismes assureurs visés dans l'article 1 des présentes Conditions générales choisi par l'Employeur.

Partenaire lié par un PACS : Personne liée au Participant par un Pacte Civil de Solidarité.

Participant : Personne physique affiliée au contrat.

Plafond de la Sécurité sociale : Salaire de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Sa valeur annuelle peut servir au calcul de la cotisation due par le souscripteur. Certaines prestations sont exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr

Sécurité sociale : Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

Portabilité : Le maintien des garanties frais de santé accordé aux anciens salariés demandeurs d'emploi et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Prestations en nature : Le remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les bénéficiaires.

Reste à charge : Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de la Sécurité sociale. Il est constitué : du ticket modérateur, étant rappelé que la participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'organisme assureur ; de l'éventuel dépassement d'honoraires.

Secteur conventionné : L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés. À l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la Sécurité sociale. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge des bénéficiaires.

Secteur non conventionné : L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

Tarif forfaitaire de responsabilité : Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour le principe d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Ticket Modérateur : Participation de l'assuré aux tarifs définis par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite, majorée ou supprimée dans certains cas mentionnés au Code de la sécurité sociale.

ARTICLE 3 - CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Les garanties de votre contrat respectent les obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge conformément aux dispositions du contrat responsable prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Les garanties et niveaux de remboursement de votre contrat seront adaptés en fonction des éventuelles évolutions législatives et réglementaires régissant « la couverture minimale » et/ou « les contrats responsables ».

Toutefois, le contrat ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- La majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'Assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).

En outre, le présent contrat ne prend pas en charge :

- tout acte pris en charge par des dotations d'État, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. À ce titre, votre contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence (SMUR),
- l'achat sur Internet de médicaments non autorisés par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée,
- tout équipement optique composé de verres plans, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale,
- la cigarette électronique.

Limites des remboursements

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne donnent pas lieu à remboursement de notre part, conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale.

Le total de nos remboursements, de ceux 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 à l'article 6.2.

Les forfaits ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne sera pas reporté sur l'année suivante.

Les garanties sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la prise d'effet du contrat. Elles seront revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Conformément à la réglementation, le contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 % ou à 30 % et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques),
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R.160-16 I du Code de la sécurité sociale,
- la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique,
- les prestations 100 % SANTÉ précisées ci-dessous,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100 % de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le contrat prend en charge, en sus des prestations obligatoires du contrat responsable, les niveaux minimums de remboursements suivants :

- à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie, les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale pour les actes autres que ceux mentionnés au 5° de l'article R.871-2.,
- un montant minimum pour des équipements d'optique médicale (verres et monture) de classe B* (définie au paragraphe « Précisions sur l'application du 100 % santé ») soumis au remboursement de l'assurance maladie, dans la limite des frais exposés par l'assuré.

La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins, ne sont pas pris en charge.

Par conséquent, les garanties du présent contrat respectent les **obligations minimales et maximales légales et réglementaires** de prise en charge.

À ce titre, il propose obligatoirement les prestations prévues dans le cadre du 100 % Santé en optique, dentaire et pour les aides auditives dans le respect du calendrier prévu par les textes.

Précisions sur l'application du 100 % santé

1. Optique

A. Généralités

Les évolutions suivantes entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020.

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100 % santé ».
- **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement, est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »,
- soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait unique**, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**.

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont ainsi définis :

VERRES SIMPLES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

VERRES COMPLEXES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

VERRES TRÈS COMPLEXES

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,*
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

*Sphère supérieure à une dioptrie de I-8DI soit -9D

B. Délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par nos soins, depuis le 1^{er} janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation.	<ul style="list-style-type: none"> - 1 an suivant la dernière facturation ; - 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture).	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres .
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - Variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; - Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; - Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; - Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; - Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; - Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> - Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne ; - Soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance. 	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres .	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

2. Dentaire

Les évolutions suivantes entreront en vigueur en deux temps : **à compter du 1^{er} janvier 2020** pour une partie des actes du panier « 100 % santé », puis **au 1^{er} janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires**.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « **100 % santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
- Un panier aux **tarifs maîtrisés/modérés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties,
- Un panier aux **tarifs libres**, permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

3. Aide auditive

Les évolutions suivantes entreront en vigueur **à compter du 1^{er} janvier 2021**.

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé.
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET - DURÉE - RENOUELEMENT

L'adhésion de l'Adhérent prend effet à la date indiquée au Bulletin d'Adhésion (ou Conditions particulières) sous réserve que celle-ci soit acceptée par l'Organisme assureur, pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

L'adhésion au contrat peut également être dénoncée par l'Adhérent par envoi recommandé électronique.

La dénonciation doit être adressée à l'Organisme assureur au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année.

La dénonciation adressée à l'Organisme assureur après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de celle-ci.

ARTICLE 5 - OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

5.1 Obligations déclaratives et d'information

Si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties n'entrent pas dans le périmètre de la DSN (notamment choix d'option par le salarié, couverture des ayants droit) ou ne sont pas traitées par l'organisme assureur via la DSN, l'adhérent doit fournir à l'organisme assureur les éléments suivants :

1. Communiquer à l'Organisme assureur la Catégorie de personnel travaillant pour son compte et dont elle souhaite assurer la couverture par le présent contrat.

Le choix et la définition de cette Catégorie relèvent de la responsabilité de l'Adhérent.

L'Organisme assureur ne saurait être garant de la conformité de ce choix et de ces définitions aux dispositions des articles R. 242-1-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

2. Répondre exactement aux questions de l'Organisme assureur relatives à la Catégorie de personnel travaillant pour le compte l'Adhérent qu'il envisage de garantir. Doivent être notamment fournies les caractéristiques socio-démographiques de cette Catégorie.

3. Communiquer à l'Organisme assureur le document d'Affiliation visé à l'article 6.1 dûment renseigné par chaque Participant dans un délai de trente jours suivant :

- soit la date d'effet du contrat,
- soit la date de l'entrée du Participant dans la Catégorie définie au présent contrat.

4. Communiquer à l'Organisme assureur la liste des anciens salariés bénéficiant à la date d'effet du contrat, du maintien de leurs garanties Frais de Santé au titre de la portabilité des droits.

5. Déclarer à l'Organisme assureur toute personne physique travaillant pour l'Adhérent qui, au cours du contrat, entre dans la Catégorie de personnel définie au présent contrat.

6. Déclarer à l'Organisme assureur tout Participant qui, au cours du contrat, quitte l'entreprise ou sort de la Catégorie définie au présent contrat. L'Adhérent précise la date et le motif du départ ou de l'évolution. La déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise.

7. Déclarer à l'Organisme assureur tout Participant dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficie pas du maintien de son affiliation au présent contrat en application de l'article 6.6.

5.2 Information des Participants

L'Adhérent reconnaît avoir été informé par l'Organisme assureur des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L. 932-6 du Code de la sécurité sociale, en sa qualité de souscripteur d'un contrat de prévoyance collective.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérent s'engage à remettre à chaque Participant la notice d'information qui lui a été communiquée par l'Organisme assureur.

L'Adhérent s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l'addenda modificatif de ladite notice ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'Organisme assureur.

L'Adhérent est seul responsable à l'égard du Participant en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif à celle-ci.

ARTICLE 6 – AFFILIATION DES MEMBRES DU PERSONNEL ET DE LEURS AYANTS DROIT

6.1 Conditions d'affiliation des membres du personnel

L'adhésion au contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque salarié appartenant à la catégorie de personnel assuré, (sous réserve des cas de dispenses d'affiliation dont peuvent le cas échéant se prévaloir les salariés).

Le choix et la définition des dispenses d'affiliation relève de la responsabilité de l'Adhérent. L'Organisme assureur ne saurait être garant de la conformité de ce choix et de ces définitions aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale.

Lors de l'adhésion de l'entreprise ou de son entrée en fonction, chaque salarié renseigne et signe le document d'Affiliation établi par l'Organisme assureur.

Il y précise notamment son état civil et celui, le cas échéant, de ses ayants droit Bénéficiaires.

6.2 Choix des garanties

6.2.1 Choix de la formule lors de l'adhésion

L'Adhérent choisit lors de son adhésion, la formule de garanties. Le choix est effectué par l'Adhérent sur son Bulletin d'Adhésion (ou proposition de contrat), parmi les formules suivantes : Régime 1, Régime 2 ou Régime 3.

Les garanties afférentes à chaque formule sont précisées en annexe des présentes Conditions générales.

La formule retenue par l'Adhérent s'applique à l'ensemble des Participants et ayants droit affiliés au présent contrat.

6.2.2 Changement de formule

L'Adhérent peut modifier la formule choisie lors de son adhésion chaque 1^{er} janvier, sous réserve d'en faire la demande auprès de l'Organisme assureur avant le 31 octobre de l'année précédente.

6.3 Date d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat lorsque le membre du personnel est inscrit à cette date dans les effectifs de l'Adhérent,
- à sa date d'embauche si elle est postérieure à la date d'effet de l'adhésion au contrat.

6.4 Ayants droit couverts à titre obligatoire

Les ayants droit du Participant tels que définis ci-dessous, bénéficient obligatoirement du contrat souscrit par l'Adhérent :

- Le conjoint, tel que défini à l'article 2, à sa charge au sens du contrat,
Il est précisé que le conjoint non à charge du Participant au sens du contrat, peut être couvert par une extension facultative souscrite par le Participant, dans les conditions stipulées à l'article 15.
- Les enfants à charge :
sont les enfants à charge de l'assuré ou ceux de son conjoint au sens du contrat qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - être âgés de moins de 21 ans,
 - bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle,
 - être fiscalement à la charge de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

Cette limite d'âge est portée à 26 ans pour ses enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC,
 - s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage,
 - s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.
- Ascendants, descendants à charge :
Les ascendants, descendants à charge, tels que définis à l'article L. 313-3 du Code de la sécurité sociale, figurant sur la carte de Sécurité sociale du Participant ou de son conjoint, Partenaire lié par un PACS ou de son concubin.

6.4.1 Affiliation des ayants droit

La couverture des ayants droit est obligatoire, en fonction de la situation de famille réelle du Participant, sous réserve de la faculté de dispense d'affiliation selon la réglementation en vigueur (article D.911-3 du Code de la sécurité sociale). La déclaration des ayants droit s'effectue au moment de l'affiliation du Participant. Toutefois, postérieurement à

celle-ci, l'Organisme assureur accepte l'affiliation des ayants droit en cas de modification de la situation familiale du Participant (notamment naissance, décès, séparation...). Le Participant est tenu d'informer l'Adhérent et l'Organisme assureur de ces modifications.

6.4.2 Justificatifs à fournir

Le Participant doit joindre avec le document d'Affiliation, selon sa situation :

- pour les enfants à charge selon leur situation :
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage,
 - la copie de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».
- pour le conjoint à charge au sens du contrat et selon la situation :
 - la copie du livret de famille,
 - l'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
 - l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...).

Outre ces justificatifs, le document d'Affiliation doit être accompagné de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de Sécurité sociale obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les Bénéficiaires ayant leur propre numéro.

L'Organisme assureur se réserve le droit de demander au Participant toutes autres pièces justificatives.

Le Participant s'engage à informer l'Organisme assureur de toute modification de sa situation ou de celle de l'un de ses ayants droit ne permettant plus à ce dernier d'avoir la qualité de Bénéficiaire.

6.4.3 Date d'effet de l'affiliation des ayants droit

La garantie de l'Organisme assureur au titre des ayants droit est due :

- à la date d'affiliation du Participant lorsque la déclaration a eu lieu à cette date,
- ou, en cas de modification de la situation de famille dans le respect des conditions prévues à l'article 6.4.1, au 1^{er} jour du mois au cours duquel ils acquièrent la qualité d'ayants droit, sous réserve que le Participant en effectue la demande dans les deux mois suivant l'événement et sur production de l'ensemble des pièces justificatives visées à l'article 6.4.2. À défaut, l'affiliation prend effet à la date de réception de l'ensemble desdites pièces justificatives visées à l'article 6.4.2.

6.5 Cessation de l'affiliation

6.5.1 Cessation de l'affiliation des Participants

Sous réserve de l'application de l'article 7.1 des présentes Conditions générales, l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement de la présente adhésion au contrat,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des Participants reprenant, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Adhérent.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties.

Le Participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'Adhérent sa carte de tiers payant. L'Adhérent doit la retourner à l'Organisme assureur.

L'Organisme assureur récupère auprès du Participant toutes prestations indûment réglées.

6.5.2 Cessation de l'affiliation des ayants droit

L'affiliation des ayants droit prend fin en cas de cessation de l'affiliation du Participant.

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées à l'article 6.4 du présent contrat,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de radiation de l'ensemble des ayants droit, accompagnée de l'attestation de l'Organisme assureur, qui peuvent justifier par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur.

6.6 Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

6.6.1 Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de rémunération

Le bénéfice des garanties est maintenu au Participant dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'Adhérent, qu'elles soient versées directement par l'Adhérent ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Ce maintien vaut également pour les ayants droit couverts à titre obligatoire.

Dans une telle hypothèse, l'Adhérent verse une contribution identique à celle versée pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le Participant doit obligatoirement continuer à s'acquitter de sa part de cotisations.

6.6.2 Dispositions spécifiques applicables en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de revenu

- En cas de suspension du contrat de travail non visée à l'article 6.6.1 d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat et par conséquent les garanties sont maintenues au Participant. L'Adhérent est tenu au paiement des cotisations ainsi que le Participant sur la base des dispositions prévues au présent article.
- En cas de suspension du contrat de travail non visée à l'article 6.6.1 d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties sont suspendues. Le Participant peut demander à l'Organisme assureur le maintien des garanties, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à la charge exclusive du Participant.

Ce maintien vaut également pour les ayants droit couverts à titre obligatoire.

Le bénéfice du maintien de garantie, peut être ouvert, à toute cause de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération.

Lorsque les garanties sont maintenues :

1. L'Adhérent est tenu :

- d'informer l'Organisme assureur de la suspension du contrat de travail ;
- d'informer l'Organisme assureur du choix du Participant de bénéficier du maintien des garanties et, le cas échéant, du maintien des garanties au profit de ses ayants droit ; ainsi que de communiquer à l'Organisme assureur tout document émanant du Participant et constatant le choix de celui-ci.

2. Par dérogation à l'article 8, si les cotisations sont payables directement par le Participant, ce dernier est tenu :

- de fournir à l'Organisme assureur les informations nécessaires au paiement des cotisations permettant le maintien des garanties (coordonnées bancaires, autorisation de prélèvement...) ;
- de payer les cotisations afférentes au maintien des garanties.

À défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Organisme assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, au Participant, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion du groupe.

À défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Organisme assureur peut exclure le Participant du groupe, sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées.

Durant le maintien des garanties, la couverture des ayants droit est mise en œuvre ou maintenue dans les conditions prévues aux articles 6.4 et 6.5.2.

ARTICLE 7 - MAINTIEN DES GARANTIES

7.1 Maintien de garanties au titre de l'article L911-8 du Code de la sécurité sociale

Sous réserve pour l'Adhérent d'être soumis aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, les garanties prévues au contrat d'adhésion sont maintenues au profit du Participant dont le contrat de travail est rompu et, le cas échéant, de ses ayants droit, dans les conditions suivantes.

7.1.1 Conditions du maintien des garanties

Sous réserve pour le Participant d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement au jour de la cessation du contrat de travail les Bénéficiaires sont maintenus à cette occasion, à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'Organisme assureur tient à la disposition de l'Adhérent un document de déclaration de portabilité qu'il devra lui retourner dûment complété et signé pour permettre le maintien de la couverture. Il incombe à l'Adhérent d'informer le Participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'Organisme assureur n'est tenu du maintien des garanties qu'autant que :

- conformément au 6° de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, l'Adhérent l'a informé du droit du Participant à la suite de la rupture du contrat de travail,
- conformément au 5° de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, le Participant satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après.

7.1.2 Effet et durée du maintien des garanties

L'affiliation du Participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

En tout état de cause, l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi ou de décès) ;
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après ;
- en cas de résiliation de l'adhésion au contrat.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties qui n'est pas prolongé d'autant.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants droit en cas de décès) s'engage à informer l'Organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties.

7.1.3 Obligations déclaratives

Conformément aux dispositions du 5° de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, le Participant souhaitant bénéficier du maintien des garanties doit fournir à l'Organisme assureur :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations d'assurance chômage.

7.1.4 Garanties

Les garanties maintenues sont les garanties en vigueur pour les salariés en activité. Les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période du maintien temporaire sont opposables au Participant.

Le maintien des garanties est accordé aux ayants droit tels que définis au présent contrat lorsqu'ils en bénéficiaient au jour de la cessation du contrat de travail.

L'Adhérent s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du présent contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Organisme assureur.

7.1.5 Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité.

7.2 Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989

Peuvent continuer à bénéficier de garanties Santé à titre individuel et facultatif, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, les personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une prestation d'incapacité, d'invalidité ou d'une allocation de chômage, de préretraite ou de retraite sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou le terme du maintien à titre temporaire des garanties visé à l'article 7.1 ;
- les personnes garanties du chef du Participant décédé sous réserve que la demande en soit faite dans les six mois suivant le décès. Dans ce dernier cas, le maintien des garanties est effectif pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

L'Organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

L'Organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture aux ayants droit de l'assuré décédé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la date de décès de l'assuré.

En cas de cessation du contrat de travail sans maintien des garanties, le délai de deux mois ne court contre l'Organisme assureur qu'à compter de la date à laquelle celle-ci est informée par l'Adhérent de la cessation du contrat de travail. En tout état de cause, l'Organisme assureur ne sera tenu d'aucune obligation au titre du présent article 7.2 s'il n'est pas informé de la cessation du contrat de travail dans un délai de deux ans courant à compter du jour de celle-ci.

L'Adhérent est, quoi qu'il en soit, responsable à l'égard de l'Organisme assureur des conséquences préjudiciables résultant pour elle d'une information tardive.

ARTICLE 8 - COTISATIONS

8.1 Assiette et montant des cotisations

8.1.1 Les cotisations annuelles sont fixées en fonction, notamment, de la formule de garanties choisie par l'Adhérent et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur.

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les cotisations afférentes à chaque formule de garanties sont définies en annexe des présentes Conditions générales.

8.1.2 Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le Participant et de la communication à l'Organisme assureur des justificatifs visés à l'article 6.4.2 des présentes Conditions générales.

Le taux de cotisations est différent selon que le Participant est la seule personne couverte ou qu'il a des ayants droit répondant à la définition de l'article 6.4.

8.2 Paiement des cotisations

8.2.1 Les cotisations sont recouvrées trimestriellement à terme échu. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les Participants relève de la seule responsabilité de l'Adhérent. L'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Organisme assureur. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Organisme assureur, aux différentes échéances prévues.

8.2.2 En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Adhérent se voit appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel de 2,6 % et courant, à compter de l'échéance.

En outre, l'Organisme assureur se réserve le droit de résilier l'adhésion au contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.

8.3 Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'Organisme assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'Adhérent. À défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'Organisme assureur pourra résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées à l'article 8.2.2.

L'Organisme assureur se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'Adhérent.

L'adhésion au contrat non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Organisme assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

ARTICLE 9 - RÉVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L'ORGANISME ASSUREUR

9.1 Révision annuelle des cotisations

Les cotisations sont réexaminées par l'Organisme assureur et peuvent être modifiées en fonction des évolutions législatives et réglementaires à la fin de chaque exercice.

La révision des cotisations est notifiée à l'Adhérent, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Elle prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser l'Organisme assureur au plus tard le 30 novembre de l'année en cours. Ce refus entraîne la résiliation au 31 décembre de la même année.

À défaut de désaccord exprimé au 30 novembre, l'Adhérent est réputé avoir accepté la révision des cotisations.

9.2 Révision en cours d'exécution

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par l'Organisme assureur en fonction notamment de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement, des modifications des Bases de remboursement et à la fiscalité ou aux évolutions afférentes aux conditions d'exonération à charges sociales ou autres prélèvements obligatoires du financement des garanties.

L'Organisme assureur pourra, en fonction de la modification du périmètre de la mutualisation, procéder à la révision des cotisations ou à la modification des prestations proportionnellement à ce qu'aurait dû être le montant des cotisations par rapport au nouveau périmètre.

La révision des cotisations et/ou de garanties est notifiée à l'Adhérent, au plus tard deux mois avant la date de prise d'effet dudit changement.

En cas de désaccord, l'Adhérent doit en aviser l'Organisme assureur un mois avant la date de prise d'effet, en adressant une lettre recommandée avec avis de réception ou un envoi recommandé électronique ayant valeur de demande de résiliation. L'adhésion au contrat est résiliée à compter du dernier jour précédent la prise d'effet de la modification proposée.

À défaut de désaccord exprimé, dans les conditions de forme et de délai susvisées, l'Adhérent est réputé avoir accepté ladite modification.

ARTICLE 10 - RÉSILIATION

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrite à l'article 4 et la résiliation intervenant à l'occasion de la modification du présent contrat (cf. article 9), l'adhésion peut être résiliée dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

10.1 Non-paiement des cotisations

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent, l'adhésion au contrat pourra être résiliée selon les conditions définies à l'article 8.3.

10.2 Fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent ou de la part du Participant de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation de l'organisme assureur. L'organisme assureur doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.

Les cotisations demeurent acquises à l'Organisme assureur et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le Participant.

10.3 Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'ADHÉRENT

Conformément à l'article L. 932-10 du Code de la sécurité sociale, en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'Adhérent, la résiliation de l'adhésion au contrat peut être décidée par l'Organisme assureur dans un délai de 3 mois à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure.

La résiliation prendra effet 10 jours après la réception ou la première présentation du courrier recommandé informant de celle-ci.

10.4 Effet de la résiliation ou du non-renouvellement

10.4.1 Vis-à-vis de l'Adhérent

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat ou de l'adhésion, l'Adhérent n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'Organisme assureur et sur ses différents fonds de réserve.

L'Adhérent reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues, des intérêts de retard et des différents frais y afférents.

Tout paiement de cotisation après la résiliation du contrat ou de l'adhésion, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra, sauf demande expresse de l'Adhérent acceptée par courrier de l'Organisme assureur, constituer un renouvellement tacite du contrat ou de l'adhésion et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

10.4.2 Vis-à-vis du Participant ou de ses ayants droit

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de l'adhésion met fin aux garanties.

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'Organisme assureur après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article 18.3 des présentes Conditions générales.

ARTICLE 11 - RECOURS - PRESCRIPTION

11.1 Recours subrogatoire

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

Cette action en recours s'exerce en application des dispositions de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985.

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

11.2 Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par 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'Organisme assureur en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action de l'Adhérent ou des Bénéficiaires contre l'Organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou les Bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception ou d'un envoi recommandé électronique adressée par l'Organisme assureur à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le Participant ou le Bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice, même en référé (article 2241 à 2243 de ce même code),
- un acte d'exécution forcée (article 2244 à 2246 de ce même code).

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception soit que l'organisme assureur adresse au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré ou ses ayants droit adresse(nt) à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 12 – RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

L'Organisme assureur met à la disposition de l'Adhérent, des Participants et des ayants droit la possibilité de contacter un service dédié chargé d'étudier les réclamations pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent contrat, à l'adresse suivante :

Pour Malakoff Humanis :

- pour l'Entreprise : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises - 78288 Guyancourt Cedex,
- pour les participants et les bénéficiaires : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers - 78288 Guyancourt Cedex.

Pour AG2R RÉUNICA Prévoyance :

Direction de la qualité
104/110 boulevard Haussmann
75379 Paris Cedex 09

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Organisme assureur et après épuisement des voies de recours internes, l'Adhérent, le Participant, ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Organisme assureur, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Organisme Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur du CTIP

10 rue Cambacérès – 75008 PARIS

Tél : 01 42 66 68 49

www.ctip.asso.fr

<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de cinq mois à compter de sa saisine.

ARTICLE 13 – CONTRÔLE DE L'ORGANISME ASSUREUR

L'Organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR – 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

ARTICLE 14 – DISPOSITIONS DIVERSES

14.1 Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'Organisme assureur s'engage envers l'Adhérent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

14.2 Loi Informatique et Libertés

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré reconnaît avoir été informé par l'assureur, en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'organisme assureur a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté :

Pour Malakoff Humanis :

dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier :

Malakoff Humanis
Pôle Informatique et Libertés
21 rue Laffitte
75317 Paris Cedex 9

Pour AG2R Réunica Prévoyance :

informatique.libertes@ag2rmondiale.fr ou par courrier :

AG2R La Mondiale
Correspondant Informatique et libertés
104 – 110 Boulevard Haussmann,
75379 Paris Cedex 08

1. Les données à caractère personnel de l'assuré peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'assureur ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis auquel l'assureur appartient ; et ce y compris, en notre qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR de l'assuré pour la gestion, le cas échéant, de ses risques d'assurance complémentaire santé et prévoyance (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014 (dit « Pack Assurance ») ;
- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus proposés par l'assureur ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré ;
- la proposition à l'assuré de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'assureur ou ses partenaires.

L'organisme assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'assuré, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature du bulletin individuel d'affiliation vaut recueil du consentement.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les services de l'organisme assureur dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et les souscripteurs du contrat.

Les données de santé de l'assuré sont destinées au Service Médical de l'assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'organisme assureur s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Si des données à caractère personnel de l'assuré venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la commission européenne : l'assureur s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'assureur et des prescriptions légales applicables.

L'assureur et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et (2) à notifier à la CNIL et informer l'assuré en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de ré-identification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

Pour AG2R Réunica Prévoyance :

informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr

ou par courrier :

AG2R La Mondiale
Correspondant Informatique et libertés
104 – 110 Boulevard Haussmann,
75379 Paris Cedex 08

L'assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07.

En cas de prospection commerciale par téléphone : l'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctelgouv.fr

14.3 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- les présentes Conditions générales ;
- le Bulletin d'Adhésion ou Conditions particulières, document qui comporte notamment la date d'effet du contrat, la définition de la catégorie de personnel assurée, ainsi que les taux ou montants de cotisation correspondant aux garanties souscrites ;
- les avenants ou les lettres-avenant.

Les titres des articles du Contrat n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le contrat exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet du contrat.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité, réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

ARTICLE 15 – COUVERTURE FACULTATIVE DU CONJOINT NON À CHARGE AU SENS DU CONTRAT

Les garanties sont acquises en contrepartie du paiement des cotisations par le Participant, dans les conditions visées à l'article 15.5. Dans le cas où des prestations s'avéreraient avoir été versées alors que la cotisation correspondante n'a pas été payée, l'Organisme assureur se réserve le droit d'en demander le remboursement au Participant.

15.1 Généralités

Le Participant couvert à titre obligatoire peut demander à ce que son conjoint non à charge au sens de la sécurité sociale, bénéficie des mêmes garanties que lui-même, ceci dans un cadre collectif facultatif.

Il faut entendre par « conjoint non à charge au sens de la sécurité sociale » : le conjoint ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin, tel que défini à l'article 2 des présentes Conditions générales, non à charge au sens de la sécurité sociale, c'est-à-dire le conjoint non couvert par la sécurité sociale à titre d'ayant droit du Participant et qui bénéficie des prestations du régime de la sécurité sociale sous son propre numéro d'immatriculation.

Le Participant déclare à l'Adhérent et à l'Organisme assureur le conjoint non à charge ainsi défini, au moyen du document d'affiliation fourni par l'Organisme assureur.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation obligatoire du Participant. Toutefois, postérieurement à celle-ci, le Participant peut affilier son conjoint non à charge :

- à l'occasion d'une modification de la situation familiale,
- chaque 1^{er} janvier, sous réserve qu'une demande en ce sens soit présentée à l'Organisme assureur au plus tard le 30 novembre de l'année précédente.

En tout état de cause, le Participant est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de son conjoint non à charge à l'Organisme assureur et de s'acquitter des cotisations afférentes.

15.2 Justificatifs à fournir

Le Participant doit joindre au document d'affiliation :

- la copie du livret de famille ;
- la copie du certificat de mariage ;
- l'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité ;
- l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...);
- un mandat de prélèvement SEPA pour le paiement des cotisations ;
- la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de Sécurité sociale obligatoire en vigueur à la date d'affiliation.

L'Organisme assureur se réserve le droit de demander au Participant toutes autres pièces justificatives.

Le Participant s'engage à informer l'Organisme assureur de toute modification de sa situation, dès lors que cela ne permet plus au conjoint d'avoir la qualité de Bénéficiaire.

15.3 Prise d'effet et cessation des garanties

Sous réserve de l'accomplissement des formalités d'affiliation, l'extension facultative au conjoint non à charge prend effet, selon le cas :

- à la même date que l'affiliation du Participant lorsque la déclaration a eu lieu en même temps ;
- ou, en cas de modification de la situation de famille dans le respect des conditions prévues à l'article 15.1, au 1^{er} jour du mois au cours duquel le conjoint non à charge acquiert cette qualité, sous réserve que le Participant en effectue la demande dans les deux mois suivant l'événement et sur production de l'ensemble des pièces justificatives visées à l'article 15.2. À défaut, l'affiliation prend effet à la date de réception de l'ensemble desdites pièces justificatives visées à l'article 15.2 ;
- au 1^{er} janvier, sous réserve d'en faire la demande auprès de l'Organisme assureur au plus tard le 30 novembre de l'année précédente.

L'affiliation du conjoint non à charge prend fin :

- en cas de cessation de l'affiliation du Participant, ceci à la même date ;
- à la date à laquelle le conjoint ne répond plus à la qualité de bénéficiaire mentionnée à l'article 15.1 des présentes Conditions générales ;
- à la date de radiation du conjoint, à la demande du Participant, dans les conditions visées à l'article 15.4 ;
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions visées à l'article 15.5.

Le Participant peut renoncer à l'extension facultative des garanties à son conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article 6.5.2 des présentes Conditions générales. **La renonciation est définitive.**

15.4 Faculté de dénonciation

En cas de modification apportée à ses droits et obligations, le Participant a la faculté de dénoncer l'affiliation facultative de son conjoint dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information établie à cet effet.

En tout état de cause, le Participant peut dénoncer l'affiliation facultative à chaque échéance annuelle du 31 décembre, par lettre recommandée avec avis de réception ou d'un envoi recommandé électronique et en respectant un préavis de deux mois.

À titre dérogatoire, la dénonciation de l'affiliation du conjoint sera acceptée en dehors de l'échéance annuelle du 31 décembre, dans le cas où ce dernier se trouve dans l'obligation d'être affilié à un contrat « frais de santé » dans le cadre d'un régime obligatoire d'entreprise. Sous réserve de fournir une attestation de couverture obligatoire établie par l'assureur, la dénonciation prendra effet à la fin du mois civil au cours duquel la demande est reçue par l'Organisme assureur.

15.5 Paiement des cotisations

Les cotisations sont recouvrées auprès du Participant, par prélèvement sur son compte bancaire, selon la périodicité indiquée sur le formulaire d'affiliation.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le Participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel de 2,6 % et courant à compter de l'échéance.

La couverture facultative non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Organisme assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance entre-temps ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

À défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, une mise en demeure est adressée au Participant. En cas de non-paiement persistant 40 jours après la mise en demeure, l'Organisme assureur pourra procéder à la radiation de l'affiliation facultative.

La radiation pour défaut de paiement est définitive.

La radiation par l'Organisme assureur ne le prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard mentionnées ci-dessus.

DEUXIÈME PARTIE

DÉFINITION DES GARANTIES

ARTICLE 16 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

16.1 Objet et conditions des garanties

Les garanties Frais de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les Bénéficiaires, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés à l'article 17 et des frais non pris en charge visés à l'article 3.

Les garanties Frais de Santé prévues au présent contrat répondent aux conditions définies par décret en application de l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale.

Elles sont également conformes aux dispositions du Contrat Responsable visées à l'article 3. Elles respectent notamment les minima et les maxima de garanties prévus à l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Si le Conjoint, le Partenaire lié par un PACS ou le concubin est affilié à un régime de base de Sécurité sociale différent du Régime général (régimes spéciaux ou régime agricole), les remboursements Sécurité sociale seront rétablis sur la base des taux du Régime général de la Sécurité sociale s'ils sont supérieurs.

Par dérogation, certains frais inscrits à la Nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale et concernant en tout état de cause des spécialités ou actes à caractère thérapeutique, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'Organisme assureur dans les conditions fixées dans le tableau de garanties en annexe des présentes Conditions générales.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

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. Dans cette limite, le Bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.

Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'État et inscrits sur des registres nationaux.

Les prestations de la garantie souscrite sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale selon les dispositions figurant en annexe des présentes Conditions générales.

Dès lors que le remboursement de l'Organisme assureur est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par bénéficiaire sauf dispositions spécifiques figurant au tableau des garanties.

Peuvent donner lieu à remboursement les frais suivants selon la formule effectivement retenue par l'Adhérent sur le Bulletin d'Adhésion ou Conditions Particulières :

1) PRATIQUE MÉDICALE COURANTE EN SECTEURS CONVENTIONNÉS ET NON CONVENTIONNÉS

- Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste, ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux soins ;
- Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement ;
- Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un médecin spécialiste ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux soins ;

- Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux soins ;
- Transport pris en charge par la sécurité sociale ;
- Frais d'analyses et de laboratoire ;
- Forfait pour acte lourd.

2) PHARMACIE

- Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale.

3) FRAIS D'HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE (y compris maternité) :

- Hospitalisation chirurgicale :
 - Frais chirurgicaux proprement dits.
- Hospitalisation médicale :
 - Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation.

Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :

- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques) ;
 - Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non un contrat d'accès aux soins ;
 - Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie et en maison de repos médicalisée : limités à 90 jours par an**) ;
 - Forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 est pris en charge sans limitation de durée ;
 - Forfait ambulatoire ;
 - Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 16 ans bénéficiaire du contrat. Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents » ;
 - Forfait pour acte lourd.
- Hospitalisation à domicile (HAD) prise en charge par la Sécurité sociale.

4) TRANSPORT

- Frais de transport.

5) MATERNITÉ ET ADOPTION

- Maternité : une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais à la naissance, est versée pour la naissance d'un enfant du Participant, déclaré à l'état civil.

Par assimilation, pour l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans par le Participant, la même allocation est versée.

Elle est doublée en cas de naissance multiple.

Seule la naissance d'un enfant du Participant (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par le Participant lui-même.

6) FRAIS DENTAIRES

- Soins et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco-dentaire, endodontie, parodontologie) remboursés par la Sécurité sociale,
- Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale,
- Prothèses dentaires prises en charge ou non remboursées par la Sécurité sociale
- Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale,
- Implants.

En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article D. 911-1 du Code de la sécurité sociale, sont pris en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale.

7) OPTIQUE

- Équipement optique pris en charge par la Sécurité sociale (deux verres et une monture) : les prestations dépendent du degré de correction (dioptrie).

La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'Organisme assureur.

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après (ou un an après pour les cas énoncés précédemment).

- Lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables).
- Chirurgie de la myopie.

8) PRÉVENTION

Les actes de prévention sont pris en charge par le contrat au titre de chaque poste concerné par ces actes.

9) MÉDECINE DOUCE :

Par dérogation à l'article 17 « RISQUES EXCLUS », peuvent être pris en charge, selon la formule souscrite, les actes effectués par les praticiens listés dans le tableau de garanties figurant en annexe des présentes Conditions générales.

Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'État, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France.

10) CURE THERMALE

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

16.2 Soins engagés à l'étranger

L'Organisme assureur garantit les dépenses de soins ou interventions engagées à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

16.2.1 Séjours temporaires à l'étranger, salariés détachés, résidents à l'étranger

L'organisme assureur intervient dès lors que les Participants bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité sociale française.

Dans tous les cas elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le Contrat.

Dans le cadre de la différenciation des prestations entre les honoraires déclarés « dans le cadre du contrat d'accès aux soins » et « hors contrat d'accès aux soins », les actes effectués à l'étranger seront remboursés à hauteur des niveaux de remboursement « hors contrat d'accès aux soins ».

Les présentes Conditions générales ne couvrent pas les salariés expatriés.

16.2.2 Justificatifs

L'Organisme assureur peut prendre en charge les soins à l'étranger sous réserve de recevoir les factures détaillées et acquittées des soins, éventuellement traduites, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

ARTICLE 17 - RISQUES EXCLUS

Ne donnent pas lieu aux garanties définies à l'article 16 les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.

Pendant la période de garanties, les exclusions et limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale.

En aucun cas, l'Organisme assureur ne prendra en charge les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.

Le fait que l'Organisme assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

TROISIÈME PARTIE

VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 18 - MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

18.1 Services de Tiers Payant

Votre contrat permet à(aux) l'assuré(s) de bénéficier du mécanisme de tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Au-delà, le bénéfice du tiers payant peut être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximum ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux. L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Le participant et ses bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

L'assuré qui n'utilise pas sa carte de tiers-payant ou se voit refuser ce service par le professionnel de santé doit demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursé par les Organismes assureurs.

Il est rappelé que la carte de tiers payant délivrée par l'assureur doit lui être restituée sans délai lorsque l'assuré et/ou ses ayants droit cessent de bénéficier du contrat.

18.2. Libre choix de l'assuré

Nous pouvons passer des conventions particulières avec les praticiens et les établissements.

Toutefois, les assurés conservent le libre choix du praticien et le libre choix de l'établissement de soins, à condition que celui-ci soit agréé par la Sécurité sociale.

18.3. Réseau optique

Nous avons conclu un accord auprès d'opticiens constituant un réseau optique pouvant permettre aux assurés de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses sont engagées au sein de ce réseau.

Dans le cadre de notre réseau optique, les tarifs pratiqués respectent les seuils des contrats responsables tels que mentionnés à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulables. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées aux Conditions particulières.

La liste des opticiens appartenant à notre réseau optique est disponible sur notre site internet www.malakoffhumanis.com.

18.4. Réseau audioprothèse

Nous avons conclu un accord auprès d'audioprothésistes constituant un réseau audio permettant aux assurés de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses sont engagées au sein de ce réseau, notamment des prix négociés sur toutes les gammes d'équipement audio disponibles sur le marché assurant un moindre reste à charge.

Les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulables. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées aux Conditions particulières.

La liste des audioprothésistes appartenant à notre réseau audio est disponible sur notre site internet www.malakoffhumanis.com.

18.5 La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de l'hospitalisation d'un Bénéficiaire en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, le Participant en informe l'Organisme assureur qui lui délivrera une attestation de prise en charge.

Cette attestation de prise en charge dispensera le Bénéficiaire de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du contrat et en tout état de cause **dans la limite de 300 % de la Base de Remboursement** pour les honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire, à l'exception des frais personnels.

Si l'hospitalisation n'a donné lieu à aucune prise en charge par l'Organisme assureur, le Bénéficiaire règle son séjour hospitalier à l'établissement.

18.6 Demandes de Remboursement

- **Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'Organisme assureur par le Bénéficiaire dans un délai maximum de deux ans suivant, selon le risque en cause, la survenance des soins, l'acquittement des frais d'appareillage ou le décès. À défaut, le Bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article 11.2.**
- Les Bénéficiaires sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Organisme assureur les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.

L'Organisme assureur se réserve le droit de demander au Participant toutes autres pièces justificatives pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention "Confidentiel", à l'attention du Médecin-conseil - Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure le cas échéant sur sa carte de tiers payant.

Le service médical de l'Organisme assureur peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du Bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par l'Organisme assureur ou, en cas de fraude avérée, par le Bénéficiaire.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'Organisme assureur se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du Participant.

L'Organisme assureur peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat ou de l'adhésion.**

En cas de refus de se soumettre au contrôle médical ou à défaut de fournir les justificatifs demandés, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du Bénéficiaire de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse, l'Organisme assureur n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Il appartient aux Bénéficiaires d'informer l'Organisme assureur de toute modification de ses coordonnées bancaires, **notamment en cas de modification de la situation familiale (instance de divorce, procédure en cours de rupture du PACS ou de séparation des Concubins, succession).** Les justificatifs à fournir par le Bénéficiaire pour ses demandes de remboursement sont détaillés ci-après.

18.7 Contrôle médical

L'organisme assureur peut effectuer un contrôle pour tout assuré demandant des prestations au titre des garanties de son contrat, avant ou après le paiement des prestations.

L'organisme assureur peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge. Si l'assuré refuse de se soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, l'assuré devra adresser au médecin-conseil ou dentiste consultant de l'organisme assureur, dans les trente jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal compétent de la résidence de l'assuré, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En fonction des conclusions, l'organisme assureur pourra ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

Reprise des indus

En cas de reprise à l'assuré d'un remboursement effectué à tort par la Sécurité sociale, l'organisme assureur se réserve le droit de réclamer à l'assuré les prestations indûment versées.

ANNEXE I : GARANTIES

Le montant des prestations est exprimé « Sécurité sociale incluse » sauf forfaits optiques, dans la limite des frais réels engagés.

NATURE DES FRAIS (remboursements de la Sécurité sociale compris)	RÉGIME R1	RÉGIME R2	RÉGIME R3
Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :			
HOSPITALISATION ⁽¹⁾ – en établissement conventionné ou non ⁽²⁾			
Frais de séjour			
En établissement conventionné	100 % BR	190 % BR	300 % BR
En établissement non conventionné ⁽²⁾	100 % BR	190 % BR	300 % BR
Honoraires			
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	170 % BR	300 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	130 % BR	150 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾ Non Remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE sans limitation de durée		
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	100 % DE	100 % DE	100 % DE
Chambre particulière ⁽⁴⁾ Non Remboursé par la Sécurité sociale			
Par nuitée	30 €	50 €	70 €
Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	30 €	50 €	70 €
Lit d'accompagnant ⁽⁴⁾ Non Remboursé par la Sécurité sociale			
Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans – par nuitée	30 €	40 €	50 €
Allocation maternité ou adoption plénière			
Par enfant ou par famille ou doublée en cas de naissance gémellaire limitée à la dépense engagée	néant	10 % PMSS	20 % PMSS
DENTAIRE auprès d'un professionnel			
Soins et prothèses 100 % Santé** (À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.)	sans reste à payer ⁽⁸⁾		
Soins			
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	130 % BR	170 % BR
Inlay/onlay	125 % BR	200 % BR	450 % BR
Prothèses autres que 100 % Santé			
Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation)	125 % BR	200 % BR	450 % BR
Inlay-core à tarifs modérés	125 % BR	200 % BR	400 % BR
Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation)	125 % BR	200 % BR	400 % BR
Inlay-core à tarifs libres	125 % BR	200 % BR	400 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale – par an et par bénéficiaire	néant	100 €	300 €
Implantologie			
Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale – par an et par bénéficiaire	néant	250 €	600 €
Orthodontie ⁽⁵⁾			
Remboursée par la Sécurité sociale – par semestre de traitement et par bénéficiaire	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Non remboursée par la Sécurité sociale (<25 ans) – par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres	50 % BR reconstituée	150 % BR reconstituée	300 % BR reconstituée
OPTIQUE – ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres)			
Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales			
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et les enfants à compter du 16^e anniversaire (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale).			
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants plus de 6 ans et jusqu'à 15 ans révolus.			
1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas.(art R. 871-2 oss)			
Équipement 100% santé** (Classe A)	sans reste à payer ⁽⁹⁾		

NATURE DES FRAIS (remboursements de la Sécurité sociale compris)	RÉGIME R1	RÉGIME R2	RÉGIME R3
Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :			
Équipement autre que 100 % Santé (Classe B)			
par verre simple ⁽¹⁰⁾ – par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans ^{*****}	50 €	60 €	120 €
par verre complexe ⁽¹⁰⁾ – par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans ^{*****}	75 €	110 €	210 €
par verre très complexe ⁽¹⁰⁾ – par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans ^{*****}	75 €	110 €	210 €
par monture de lunettes – par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans ^{*****}	50 €	80 €	100 €
par verre simple ⁽¹⁰⁾ – par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans ^{*****}	50 €	60 €	120 €
par verre complexe ⁽¹⁰⁾ – par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans ^{*****}	75 €	110 €	210 €
par verre très complexe ⁽¹⁰⁾ – par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans ^{*****}	75 €	110 €	210 €
par monture de lunettes – par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans ^{*****}	50 €	80 €	100 €
Lentilles			
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale – par an et par bénéficiaire ⁽⁶⁾	3 % du PMSS (minimum 100 % BR)	5 % du PMSS (minimum 100 % BR)	10 % du PMSS (minimum 100 % BR)
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale – par an et par bénéficiaire ⁽⁶⁾	néant	5 % du PMSS	10 % du PMSS
Chirurgie optique réfractive Par œil et par an	néant	250 €	600 €
AIDES AUDITIVES OU ÉQUIPEMENT – par oreille			
Jusqu'au 31/12/2020 : Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale – par an et par bénéficiaire	100 % BR	225 % BR	400 % BR
À compter du 01/01/2021 : Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
Équipement 100 % Santé** (classe I ^{***})	sans reste à payer ⁽⁹⁾		
Équipement autre que 100 % Santé (classe II ^{***}) Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale			
Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de surdité ^{*****}	100 % BR	122 % BR	122 % BR
Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	100 % BR	225 % BR	400 % BR
Accessoires et fournitures	100 % BR	100 % BR	100 % BR
SOINS COURANTS – auprès d'un professionnel conventionné ou non			
Consultation / visite / consultation en ligne			
Chez un généraliste			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	140 % BR	200 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	120 % BR	180 % BR
Chez un spécialiste			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	140 % BR	220 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	120 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	160 % BR	220 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	140 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	160 % BR	200 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	140 % BR	180 % BR
Honoraires paramédicaux	100 % BR	130 % BR	170 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	130 % BR	170 % BR
Matériel médical			
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % BR	150 % BR	250 % BR
Frais de transport sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné – hors SMUR ⁽⁷⁾	100 % BR	125 % BR	150 % BR

NATURE DES FRAIS (remboursements de la Sécurité sociale compris)	RÉGIME R1	RÉGIME R2	RÉGIME R3
Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :			
Cures thermales			
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait transport et hébergement thermal - forfait limité à une intervention par année civile	néant	150 €	300 €
Médicaments			
Médicaments remboursés à 65%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 30%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 15%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médecine additionnelle et de prévention - Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel. Non remboursée par la Sécurité sociale			
Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 2 séances par an	néant	15 €	30 €
Actes de prévention - (conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005)			
Prise en charge des actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la sécurité Sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Assistance	oui	oui	oui

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3428 €).

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

- (1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.
- (2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur.
- (3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- (4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (5) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
- (6) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.
- (7) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.
- (8) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.
- (9) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.
- (10) Verre simple :
verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptrie,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.
- (10) Verre complexe :
verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- (10) Verre très complexe :
verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale

Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181

Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis

21 rue Laffitte - 75009 Paris

malakoffhumanis.com



AG2R LA MONDIALE

AG2R Prévoyance membre du groupe
d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R REUNICA,
Institution de Prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale,
35 boulevard Brune 75680 Paris Cedex 14

