



CCN de l'Enseignement Privé Indépendant

Conditions générales santé

Edition janvier 2020

Garanties frais de santé

Référence : CG-CCN EPI-santé-2018

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE – CONDITIONS GENERALES	3
▶ Article 1- Objet du contrat	3
▶ Article 2- Adhésion	3
▶ Article 3 - Recours - Prescription	3
▶ Article 4 - Réclamations - Médiation	4
▶ Article 5 - Contrôle de l'organisme assureur	5
▶ Article 6 - Dispositions diverses.....	5
DEUXIEME PARTIE – LE REGIME DE BASE ET LES GARANTIES OPTIONNELLES	7
▶ Article 7 - Objet du régime	7
▶ Article 8 - Durée du contrat d'adhésion ou des conditions particulières- Renouvellement	7
▶ Article 9 - Conditions d'affiliation des Assurés	8
▶ Article 10 - Ayants droit.....	10
▶ Article 11 - Entrée en vigueur des garanties – Suspension et conditions de maintien	12
▶ Article 12 - Cessation de l'affiliation des Assurés	14
▶ Article 13 - Maintien des garanties santé	14
▶ Article 14 - Assiette et montant des cotisations	15
▶ Article 15- Paiement des cotisations	16
▶ Article 16- Révision des cotisations et/ou des garanties du contrat	18
▶ Article 17- Résiliation du contrat d'adhésion ou des conditions particulières	18
TROISIEME PARTIE - DEFINITION DES GARANTIES	19
▶ Article 18- Champ d'application.....	19
▶ Article 19- Contrat solidaire et responsable	19
▶ Article 20- Garanties frais de sante.....	19
▶ Article 21- Risques exclus	22
▶ Article 22- Degré élevé de solidarité	23
▶ Article 23- Modalités de versement des prestations	23
▶ Les justificatifs à fournir par l'Assuré pour ses demandes de remboursement.....	25
POUR MIEUX SE COMPRENDRE	27
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE	28
ANNEXE I – GARANTIES	
ANNEXE II – COTISATIONS	

PREMIERE PARTIE – CONDITIONS GENERALES

► Article 1- Objet du contrat

L'entreprise, ci-après dénommée « l'Entreprise » relevant de la Convention Collective Nationale de l'Enseignement Privé Indépendant, adhère au contrat d'assurance collective du régime frais de santé. Ce contrat est mis en œuvre par l'un des organismes assureurs recommandés suivants :

- Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 691 181, dont le siège social est à PARIS (75009) 21 rue Lafitte,
- Harmonie Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473, n° LEI 969500JLU5ZH89G4TD57, Siège social : 143 rue Blomet – 75015 PARIS

Afin d'organiser une mutualisation des risques au niveau de la branche, les résultats de l'ensemble des contrats souscrits par les entreprises de la branche auprès des organismes assureurs recommandés font l'objet d'une mutualisation dans le cadre d'une convention qui précise les modalités d'établissement des comptes de cette mutualisation.

L'entreprise choisit librement l'organisme assureur auprès duquel elle souhaite souscrire le contrat. L'organisme assureur retenu est l'interlocuteur unique de l'entreprise et des salariés, et est ci-après dénommé « l'organisme assureur ».

Les présentes Conditions Générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises ainsi que les modalités d'affiliation de l'ensemble du personnel.

Elles organisent également la mise en place de l'extension facultative et individuelle des ayants droit de salariés.

Les Conditions Générales et le contrat d'adhésion ou conditions particulières associés ont pour objet d'instituer :

- ❖ une opération d'assurance à adhésion obligatoire à laquelle l'ensemble du personnel est tenu de s'affilier, dénommée ci-après « régime de base »,
- ❖ une opération d'assurance à adhésion facultative offrant collectivement des renforts complémentaires aux garanties du régime de base obligatoire, à laquelle les membres du personnel de l'entreprise peuvent adhérer, dénommée ci-après « garanties optionnelles ».

La souscription, la mise en œuvre et la disparition du contrat sont régies par les dispositions du Code de la Sécurité sociale et

de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 ainsi que par les différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux opérations d'assurance.

La garantie, a pour objet le remboursement des frais de santé.

Les garanties souscrites par l'Entreprise sont précisées au contrat d'adhésion ou conditions particulières.

Le présent contrat est régi, selon l'organisme assureur choisi par l'entreprise adhérente, par les dispositions du Code de la Sécurité sociale ou du Code de la mutualité.

► Article 2- Adhésion

Afin d'adhérer au contrat, l'Entreprise devra retourner à l'organisme assureur le contrat d'adhésion ou les conditions particulières, dûment rempli(s), daté(s) et signé(s).

Le contrat prévoyant un régime de base obligatoire et des garanties optionnelles pouvant être souscrites à titre obligatoire par l'entreprise, cette dernière effectue son choix au moment de son adhésion sur son contrat d'adhésion ou ses conditions particulières.

L'adhésion est acquise à l'entreprise à la date d'effet indiquée au contrat d'adhésion ou conditions particulières contresigné(s) et retourné(s) à l'employeur. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Le contrat de l'Entreprise est formé des présentes Conditions Générales et du contrat d'adhésion ou des conditions particulières qu'elle souscrit.

► Article 3 - Recours - Prescription

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 donne(nt) 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.

Prescription

Toutes actions dérivant du contrat d'adhésion ou des conditions particulières 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 fautive 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'Entreprise, de l'Assuré ou de l'ayant droit 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'Entreprise, l'Assuré ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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 prévue à l'article 2240 du Code civil,**
- ❖ **la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,**
- ❖ **un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.**

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 recommandé électronique avec demande d'avis de réception par l'organisme assureur à l'assuré en vue d'obtenir le paiement de cotisations,**

- ❖ **de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique avec demande d'avis de réception par l'assuré ou ses ayants droit à l'organisme assureur en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.**

La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi du recommandé électronique fait foi de la date d'envoi.

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

► Article 4 - Réclamations - Médiation

L'organisme assureur met à la disposition de l'Entreprise et des Assurés la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application des contrats.

- ❖ **Pour Malakoff Humanis Prévoyance :** à l'adresse suivante :

Malakoff Humanis Prévoyance
Service Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 Saran cedex

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par le centre de gestion.

A compter de la réception de la réclamation, Malakoff Humanis Prévoyance apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, Malakoff Humanis Prévoyance lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

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

Médiateur de la protection sociale du CTIP

10 rue Cambacérès – 75008 Paris

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

L'avis du médiateur de la protection sociale est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par ledit médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

❖ **Pour Harmonie Mutuelle :**

Pour toute réclamation liée à l'application du contrat, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la mutuelle.

À compter de la réception de la réclamation, la mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir le service Qualité Relation Adhérents au CS81021 – 49010 Angers Cedex 01.

Enfin, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, dans un délai d'un an à compter de toute réclamation écrite à son interlocuteur habituel ou à la mutuelle, en écrivant à l'adresse suivante : Médiateur de la consommation auprès de la Mutuelle HARMONIE MUTUELLE – 4-6 rue Victor Massé – 56100 Lorient ou à Centre de Médiation Médicys – 73 Boulevard de Clichy – 75009 PARIS ou sur <https://mediation.harmonie-mutuelle.fr>.

▶ **Article 5 - Contrôle de l'organisme assureur**

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

▶ **Article 6 - Dispositions diverses**

Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée des contrats 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'Entreprise à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

Protection des données à caractère personnel

L'organisme assureur, en tant que responsable de traitement des données personnelles acquise dans le cadre de ses missions, met en œuvre, sous sa responsabilité, différents traitements concernant les données personnelles de l'adhérent, ses bénéficiaires et ayants droit, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative le cas échéant à l'organisation de la vie institutionnelle de l'organisme assureur.

L'organisme assureur sera également susceptible d'utiliser les données à caractère personnel qui lui sont transmises pour (I) le recouvrement et le contentieux (II) son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées (III) le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (IV) dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres (V), l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires (VI) l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré ses bénéficiaires et ayants droit (VI) la proposition à l'assuré et les bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'organisme assureur ou ses partenaires (VII).

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

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : 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, etc. De plus, l'organisme assureur utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale. En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent, ses bénéficiaires et ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, l'organisme assureur étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent, ses bénéficiaires et ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent, ses bénéficiaires et ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de l'organisme assureur et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par l'organisme assureur et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales. Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires et ayants droit sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles 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 et de ses ayants droit et bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés. Les données à caractère personnel relatives à la santé sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

L'adhérent, ses bénéficiaires et ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives

relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de l'organisme assureur.

L'organisme 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 des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent, ses bénéficiaires et ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (www.bloctel.gouv.fr).

L'adhérent, ses bénéficiaires et ayants droit peuvent exercer leurs droits :

Si le contrat est couvert par Harmonie Mutuelle : auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - de l'organisme assureur par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle - Service DPO - 29 quai François Mitterrand – 44273 Nantes Cedex 2 », en joignant à leur demande une copie de leur justificatif d'identité.

Si le contrat est couvert par Malakoff Humanis Prévoyance : sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 (www.cnil.fr/fr/agir) .

DEUXIEME PARTIE – LE REGIME DE BASE ET LES GARANTIES OPTIONNELLES

► Article 7 - Objet du régime

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale de l'Enseignement Privé Indépendant (dénommée ci-après « la Convention collective ») ont signé un accord paritaire national en date du 4 juillet 2017 modifié par l'avenant n°1 en date du 27 septembre 2019, se substituant au régime de frais de santé instauré par l'accord national du 22 septembre 2015. Ce régime est un régime obligatoire au profit de l'ensemble du personnel.

Le régime de base collectif obligatoire a pour objet la souscription des garanties de base obligatoires dans les conditions définies aux présentes Conditions Générales.

Au-delà des garanties du régime de base, il est proposé aux assurés des garanties optionnelles facultatives permettant d'améliorer les prestations.

Le contrat prévoit donc :

- un régime de base obligatoire de niveau A, B, C ou D choisi par l'employeur
- des garanties optionnelles facultatives de niveau supérieur au choix du salarié

Le choix du régime de base niveau A, B, C ou D effectué par l'Entreprise s'impose à l'ensemble des salariés couverts par le contrat et à leurs ayants droit.

Les niveaux supérieurs peuvent être souscrits au titre de garanties optionnelles facultatives par les salariés.

Si le régime D est choisi au titre du régime de base par l'Entreprise, aucune garantie optionnelle ne pourra alors être souscrite.

Les garanties souscrites par l'Entreprise sont précisées au contrat d'adhésion ou conditions particulières.

Les garanties optionnelles souscrites par le salarié sont précisées au bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

Les différents niveaux de garanties figurent en annexe des présentes Conditions Générales.

► Article 8 - Durée du contrat d'adhésion ou des conditions particulières- Renouvellement

Le contrat d'adhésion ou les conditions particulières au contrat expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou par l'autre des parties effectuée par lettre recommandée moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

La résiliation 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.

Outre la résiliation annuelle du contrat par lettre recommandée, cette résiliation peut également être formalisée par l'entreprise souscriptrice par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet définies au contrat. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi.

Si l'Entreprise change d'activités ou ne relève plus de la Convention collective, elle doit le notifier à l'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard deux mois après ledit changement. L'organisme assureur se réserve la possibilité de résilier le contrat.

En cas de fin de recommandation d'un ou des organismes assureurs actuellement recommandé/s celui-ci ou ceux-ci s'engage/nt à en informer l'Entreprise dans les 90 jours suivants la notification à ce ou ces organisme(s) assureur(s), par les partenaires sociaux, de la non-reconduction de la recommandation. Le courrier envoyé aux entreprises doit préciser que celles-ci ont le choix entre :

- Poursuivre leur adhésion auprès de l'ancien organisme recommandé ;
- Ou résilier leur adhésion à son échéance annuelle pour adhérer auprès du nouveau recommandé ou tout autre organisme assureur de leur choix.

Garanties optionnelles : durée et renouvellement de l'adhésion individuelle de l'assuré :

L'adhésion individuelle de l'Assuré aux garanties collectives facultatives optionnelles se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année, sauf dans les cas de cessation visés ci-dessous.

Sous réserve de l'application de l'article 13.2.1 des présentes Conditions Générales, l'adhésion individuelle de l'Assuré aux garanties collectives facultatives optionnelles cesse de plein droit :

✎ soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat

soit à la date à laquelle l'Assuré ne fait plus partie des effectifs de l'entreprise, en application de l'article 9.1.5 des Conditions Générales.

L'adhésion individuelle de l'Assuré peut également cesser :

✎ **à la demande de l'Assuré :**

- au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande parvienne à l'organisme assureur au plus tard le 31 octobre. Cette demande peut également être formalisée par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi.
- en cas de modification apportée à ses droits et obligations par l'organisme assureur dans les conditions prévues à l'article 16.

La dénonciation par l'Assuré de son adhésion individuelle est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion aux garanties collectives facultatives optionnelles, sauf dérogation accordée par l'organisme assureur.

✎ **à la demande de l'organisme assureur :**

- en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 15
- en cas de non acceptation par l'Assuré des propositions de révisions des cotisations formulées par l'organisme assureur, selon les dispositions prévues à l'article 16. L'organisme assureur procédera alors, de plein droit, à la résiliation de l'adhésion individuelle de l'Assuré au dernier jour précédant la date de prise d'effet dudit changement.

La cessation de l'adhésion individuelle entraîne la fin des garanties collectives facultatives optionnelles.

L'Assuré qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de la cessation de son adhésion individuelle à remettre à l'Entreprise sa carte de tiers payant. L'Entreprise doit la retourner à l'organisme assureur.

L'organisme assureur récupère auprès de l'Assuré toutes prestations indûment réglées.

La radiation de l'Assuré entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des membres de sa famille.

► Article 9 - Conditions d'affiliation des Assurés

9.1 Obligations de l'Entreprise

L'Entreprise devra obligatoirement :

1. Affilier l'ensemble des salariés, sous contrat de travail à la date d'effet du contrat d'adhésion ou des conditions particulières, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation mentionnés aux articles 3.2, 3.3. et 3.4 de la Convention collective et fournir une liste mentionnant la date d'embauche au sein de l'Entreprise ou une photocopie de la DSN ou tout autre document nominatif pouvant attester du nombre exact d'Assurés.
2. Veiller au paramétrage exhaustif de sa DSN selon la fiche de paramétrage fournie par l'organisme assureur pour son ou ses contrats frais de santé, si l'organisme assureur entre dans le périmètre de la DSN.
3. Communiquer à l'organisme assureur sur support papier ou dématérialisé, le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle visé ci-dessous dûment renseigné par chaque Assuré si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties (en cas de choix d'option) ne sont pas transmises par la DSN, dans un délai de trente jours suivant :
 - ✎ soit la date d'effet du contrat d'adhésion ou des conditions particulières
 - ✎ soit la date de l'entrée de l'Assuré dans la catégorie assurée.

L'entreprise peut communiquer à l'organisme assureur, en lieu et place des bulletins d'affiliation et d'adhésion individuelle susvisés, sur tout support de son choix, dématérialisé ou non, une liste de toutes les personnes physiques travaillant pour le compte de l'Entreprise, et comprenant notamment leurs nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité Sociale.

4. Déclarer à l'organisme assureur tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion ou des conditions particulières entre dans les effectifs de l'Entreprise par le biais d'un bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle dûment complété et signé par chaque salarié si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN.
5. Déclarer à l'organisme assureur tout salarié qui, au cours du contrat d'adhésion ou des conditions particulières, quitte l'employeur notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite si l'Entreprise n'entre pas dans le périmètre de la DSN, en précisant la date et le motif du départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du départ de l'entreprise.
6. Déclarer à l'organisme assureur tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation en application de l'article 11.
7. Déclarer trimestriellement, à l'organisme assureur par le biais des appels de cotisations, l'effectif des salariés affiliés au présent contrat.
8. Communiquer annuellement à l'organisme assureur, au plus tard le 31 janvier de l'année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée tant que ces informations ne sont pas transmises par l'Entreprise ni traitées par l'organisme assureur par les flux DSN.

Concernant les garanties optionnelles : L'organisme assureur se réserve la possibilité de réclamer des dommages-intérêts et/ou de mettre fin aux garanties collectives facultatives optionnelles en cas d'inexactitude ou de manquement par l'Entreprise ou par l'Assuré à l'une des obligations énoncées ci-dessus. A défaut de communication des documents demandés, la résiliation intervient à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi d'une mise en demeure par l'organisme assureur.

9.2 Information des Assurés

L'Entreprise reconnaît avoir été informée 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 ou L 221-6 du Code de la Mutualité, en sa qualité de souscripteur du contrat.

Conformément à ces dispositions, l'Entreprise s'engage à remettre à chaque Assuré la notice d'information qui lui a été communiquée par l'organisme assureur.

La notice définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que des délais de prescription.

L'Entreprise s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant contre signature le complément modificatif de ladite notice ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'organisme assureur.

L'Entreprise est seule responsable à l'égard de l'Assuré en l'absence de remise de la notice d'information ou du complément modificatif de celle-ci.

La preuve de la remise de la Notice d'information aux Assurés et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe à l'Entreprise.

9.3 Affiliation des membres du personnel

Le contrat d'adhésion ou les conditions particulières au contrat entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel de l'Entreprise.

Toutefois, conformément aux cas de dispenses d'affiliation mentionnés aux articles 3.2, 3.3. et 3.4 de la Convention collective, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'Entreprise. A défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

- ✦ doivent être affiliés au contrat dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir les conditions posées à la dispense d'affiliation,
- ✦ peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au contrat; l'adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

Pour le présent contrat, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Assuré ».

Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel de l'Entreprise renseigne et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'organisme assureur si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par l'Entreprise par la DSN.

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

9.4 Adhésion individuelle des personnes aux garanties collectives facultatives optionnelles

9.4.1 Adhésion individuelle

Le contrat permet à chaque membre du personnel de l'Entreprise, qui le souhaite, de bénéficier de garanties optionnelles, moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

L'adhésion individuelle ne peut produire ses effets que dans la mesure où chaque Assuré, renseigne intégralement et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'organisme assureur sur support papier ou dématérialisé, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par l'entreprise par la DSN.

La date de prise d'effet des garanties est mentionnée sur le Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle ou sur le document de confirmation d'adhésion individuelle émis par l'organisme assureur.

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur ce(s) document(s) fait foi entre les parties.

Sous réserve du respect des dispositions ci-avant, l'adhésion individuelle prend effet :

- ❖ à la date à laquelle l'Assuré bénéficie du régime collectif obligatoire souscrit par l'Assuré, s'il choisit d'adhérer à cette date sous réserve d'en avoir fait la demande dans les trois mois suivant la prise d'effet dudit contrat. Le cas échéant, l'adhésion individuelle prendra effet à la date de la demande.
- ❖ à défaut, si l'Assuré choisit d'adhérer à une date postérieure, au 1er jour du mois suivant la réception par l'organisme assureur de la demande de l'Assuré.

9.4.2 Choix de l'option par l'Assuré et règle de changement d'option

9.4.2.1. Choix à l'adhésion

Le contrat souscrit par l'Entreprise prévoit plusieurs options qui offrent des niveaux de prestations différents en contrepartie de cotisations différentes. Dans ce cas l'Assuré effectue son choix, identique pour lui et ses éventuels ayants-droit, au moment de son adhésion sur le Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle.

9.4.2.2 Changement d'Option

L'Assuré peut changer d'option pour lui et ses ayants droit :

- Après un délai de deux ans, chaque 1^{er} janvier, sous réserve que l'Assuré en fasse la demande auprès de l'organisme assureur avant le 31 octobre de l'année

précédente, **l'Assuré ne peut demander à changer à nouveau d'option pendant un délai de 2 ans,**

- A l'occasion d'une modification de la situation familiale, sous réserve que l'Assuré en fasse la demande auprès de l'organisme assureur dans le mois qui suit l'évènement. Le changement d'option prend effet à la date de l'évènement.
- A l'occasion du changement du niveau de garanties du régime de base par l'Entreprise. L'Assuré dispose d'un délai de deux mois pour faire la demande du changement d'option à compter de la prise d'effet du nouveau niveau de garanties du contrat.

En cas de changement par l'Entreprise du niveau de garanties ou de la structure de cotisations du régime de base obligatoire, l'Assuré est tenu de procéder à un choix d'options facultatives, identique pour lui et ses éventuels ayants-droit, par voie de Bulletin d'Affiliation et d'Adhésion Individuelle.

► Article 10 - Ayants droit

10.1 Définition des ayants droit

Sont ayants droit de l'Assuré :

- ❖ le conjoint de l'Assuré non divorcé ou non séparé de corps judiciairement,
- ❖ le partenaire lié à l'Assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)
- ❖ la personne vivant en concubinage avec l'Assuré. 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.
- ❖ Les enfants à charge de l'Assuré. Sont considérés à charge de l'Assuré :
 - Les enfants de l'Assuré, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge de l'Assuré (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :
 - * être âgés de moins de 21 ans, non-salariés, à la charge effective et permanente du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin.

- * être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - ✓ être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - ✓ ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
 - ✓ ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - * être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
 - * les enfants handicapés de l'Assuré atteints d'une infirmité physique et/ou mentale qui les empêchent soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle, soit, s'ils sont âgés de moins de 18 ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal,
- › Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels l'Assuré verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

10.2 Conditions d'affiliation et de modification des ayants droit

Les ayants droit peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque Assuré. En tout état de cause les garanties de l'extension facultative sont identiques aux garanties souscrites par l'Assuré au titre du régime de base collectif obligatoire et le cas échéant des garanties optionnelles facultatives.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation de l'Assuré.

Toutefois, postérieurement à celle-ci, l'Assuré peut affilier ou modifier les ayants droit, à l'occasion d'une modification de la situation familiale (notamment naissance, décès...)

L'assuré est tenu d'informer l'Entreprise et l'organisme assureur de ces modifications. Il dispose d'un délai de trois mois suivant l'évènement pour effectuer cette information. La modification prend effet à la date de l'évènement sous réserve de la fourniture du bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle accompagné des pièces justificatives. A défaut, la modification prend effet au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme assureur de la demande d'extension familiale.

Dans tous les autres cas, l'Assuré peut affilier son ayant droit au 1^{er} janvier, sous réserve que l'Assuré en fasse la demande auprès de l'organisme assureur avant le 30 novembre de l'année précédente.

En tout état de cause, l'assuré est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de ses ayants droit à l'organisme assureur et de s'acquitter des cotisations afférentes.

Justificatifs à fournir

L'Assuré doit joindre avec le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle, selon sa situation :

- › 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 énergétique, bail commun, attestation d'assurance...),
- › pour les enfants à charge selon leur situation :
 - › le certificat de scolarité,
 - › la photocopie de l'attestation jointe à la carte vitale,
 - › la copie du dernier avis d'imposition de l'Assuré ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, à défaut, l'attestation sur l'honneur pour la première année de rattachement fiscal,
 - › la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - › la copie du dernier bulletin de salaire,
 - › l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - › tout document de reconnaissance de l'état d'infirmité permanente (notamment la carte d'invalidité ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » ou une attestation la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)).

Outre ces justificatifs, le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle doit être accompagné de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les ayants droit possédant leur propre numéro.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré toutes autres pièces justificatives.

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

10.3 Cessation de l'affiliation des ayants droit

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

Elle cesse également :

- ❖ à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées ci-avant,
- ❖ au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,
- ❖ au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'Assuré demande la résiliation de l'ayant droit. Cette demande doit être adressée à l'organisme assureur au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande 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 cette même année. La demande peut également être formalisée par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi.

► Article 11 - Entrée en vigueur des garanties – Suspension et conditions de maintien

11.1 Prise d'effet des garanties du régime de base

Les garanties du régime de base collectif obligatoire souscrit par l'entreprise prennent effet :

- ❖ à la date d'effet de l'adhésion pour tous les Assurés présents à cette date, et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des dispenses d'affiliations mentionnées aux articles 3.2, 3.3. et 3.4 de la Convention collective,
- ❖ au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

Pour les ayants droit, les garanties du contrat prennent effet à la date de leur adhésion soit :

- ❖ à la même date d'affiliation que l'Assuré ,
- ❖ à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation dans les conditions définies à l'article 10.2 des présentes Conditions Générales,
- ❖ à défaut, au 1^{er} janvier, sous réserve que l'Assuré en fasse la demande auprès de l'organisme assureur avant le 30 novembre de l'année précédente.

11.2 Prise d'effet des garanties optionnelles

Les garanties prennent effet à la date d'effet de l'adhésion individuelle de l'Assuré.

Pour les ayants droit, les garanties prennent effet :

- ❖ à la date d'adhésion individuelle de l'Assuré,
- ❖ à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation de famille, dès lors qu'ils sont affiliés au contrat collectif socle obligatoire. L'Assuré dispose d'un délai de trois mois à compter de la date de l'évènement pour en informer l'organisme assureur et transmettre le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle accompagné des pièces justificatives. A défaut, la modification prend effet au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme assureur de la demande d'extension familiale.
- ❖ Dans tous les autres cas, l'Assuré peut affilier son ayant droit au 1^{er} janvier, sous réserve que l'Assuré en fasse la demande auprès de l'organisme assureur avant le 30 novembre de l'année précédente.

11.3 Conditions de suspension des garanties du régime de base et des garanties optionnelles

Suspension du contrat de travail rémunérées ou indemnisées

Le bénéfice des garanties est maintenu à l'Assuré 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'Entreprise, qu'elles soient versées directement par l'Entreprise ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Suspension du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation et par conséquent les garanties correspondantes sont maintenues à l'Assuré, moyennant le paiement des cotisations.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties sont suspendues. Aucune cotisation n'est due par l'Entreprise pour l'Assuré.

L'Assuré en congé parental à temps plein, défini par les articles L.1225-47 et suivants du Code du travail, bénéficie d'un maintien des garanties du régime de base collectif obligatoire à titre gratuit pendant 12 mois à compter du début de son congé parental.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'Entreprise.

Toutefois, les assurés dont le contrat de travail est suspendu ont la possibilité de demander le maintien des garanties, pendant la suspension de leur contrat de travail. Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les quinze jours suivant ladite suspension du contrat de travail.

Les cotisations du régime de base obligatoire seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Assuré peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

Le maintien des garanties optionnelles donne lieu à paiement à la charge exclusive de l'Assuré de cotisations spécifiques.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Assuré peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle de l'Assuré pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées. La résiliation de l'adhésion individuelle par l'organisme assureur ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.

L'adhésion individuelle 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.

Ce maintien des garanties cesse :

- ❖ à la date de fin de la suspension du contrat de travail de l'Assuré,
- ❖ en cas de non-paiement des cotisations par l'Assuré selon les modalités définies ci-dessus,
- ❖ à la date de résiliation de l'affiliation par l'Assuré sous réserve d'en faire la demande à l'Organisme Assureur au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi pour ne prendre effet qu'au 31 décembre de la même année.

Cette résiliation est définitive.

- ❖ soit à la date de sortie des effectifs,
- ❖ soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des Assurés reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Entreprise,
- ❖ soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion ou des conditions particulières de l'entreprise au contrat socle collectif obligatoire.
- ❖ et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat socle collectif obligatoire.

► Article 12 - Cessation de l'affiliation des Assurés

Sous réserve de l'application de l'article 13.1.1 ci-après des présentes Conditions Générales, l'affiliation de l'Assuré cesse de plein droit :

- ✦ soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion ou des conditions particulières de l'entreprise,
- ✦ soit à la date de sortie des effectifs,
- ✦ soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des Assurés reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Entreprise,
- ✦ et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat d'adhésion.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties. L'Assuré qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'Entreprise sa carte de tiers payant. L'Entreprise doit la retourner à l'organisme assureur.

L'organisme assureur récupère auprès de l'assuré toutes prestations indûment réglées.

La radiation de l'assuré entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble de ses ayants droit.

► Article 13 - Maintien des garanties santé

13.1 Maintien des garanties santé du régime de base obligatoire

13.1.1 Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »

La loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi est venue étendre à l'ensemble des entreprises et modifier le dispositif de maintien de couverture dit de portabilité au profit des anciens salariés.

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour l'Assuré d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation au présent contrat et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les ayants droit, sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail de l'Assuré 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'Entreprise doit informer l'organisme assureur du maintien de couverture de l'Assuré au titre de la portabilité des droits.

Si l'Entreprise n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'organisme assureur le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture.

A défaut, l'affiliation de l'Assuré cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'Entreprise d'informer l'Assuré du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation de l'Assuré 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. Lorsque les contrats de travail sont consécutifs chez un même employeur avec toutefois une interruption entre ces contrats, sans reprise d'activité chez un autre employeur, la durée de portabilité retenue sera celle du dernier contrat de travail ou du contrat de travail précédent si la durée de celui-ci est plus longue.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

En tout état de cause, l'affiliation de l'Assuré 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, de décès),
- ✦ en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après,
- ✦ en cas de résiliation du contrat d'adhésion ou des conditions particulières de l'entreprise au contrat,
- ✦ en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail.

Obligations déclaratives

L'Assuré s'engage à 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 chômage à l'issue du délai de carence éventuel.

Garanties

L'Assuré bénéficie des garanties prévues au contrat au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables à l'Assuré.

L'Entreprise s'engage à informer l'Assuré de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant le complément modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'organisme assureur.

Financement

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

13.1.2 Maintien de garanties santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties frais de santé peuvent être maintenues par la souscription d'un contrat proposé sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- ❖ les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- ❖ les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite,
- ❖ les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- ❖ les personnes garanties du chef de l'Assuré décédé.

Sous réserve d'être informé par l'Entreprise de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès de l'Assuré, l'organisme assureur leur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés 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 au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale ou du décès de l'Assuré.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant suivant la fin de la portabilité des droits ou dans les six mois suivant le décès de l'Assuré.

Les prestations proposées seront identiques à celles prévues par le contrat socle collectif obligatoire.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

13.2 Maintien des garanties optionnelles

13.2.1 Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »

Les dispositions de l'article 13.1.1 des présentes Conditions Générales sont applicables, dans les mêmes conditions, aux garanties collectives facultatives optionnelles.

13.2.2 Maintien des garanties santé au titre de l'article 6 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Sous réserve d'en faire la demande à l'organisme assureur, les Assurés peuvent continuer à bénéficier de garanties frais de santé à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu à l'article 13.2.1, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

- ❖ cessation de l'adhésion individuelle aux garanties optionnelles,
- ❖ résiliation ou non-renouvellement de l'adhésion de l'entreprise au contrat.

► Article 14 - Assiette et montant des cotisations

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur.

Les taux de cotisations du contrat sont mentionnés en annexe du contrat d'adhésion ou au sein des Conditions Particulières.

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

Pour les Assurés dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance.

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

La structure de cotisations, peut-être au choix de l'Entreprise une structure Tarif Famille (Unique) ou Tarif Salarié / Conjoint / Enfant / Famille.

Dans le cadre de la Structure « Tarif Famille » (Unique) :

La cotisation est identique pour chacun des Assurés quelles que soient leur situation matrimoniale et de famille. Elle permet la couverture de l'Assuré et de ses éventuels ayants droit.

La cotisation Famille tient compte de l'exonération de la cotisation du régime de base pour l'enfant handicapé dans les conditions prévues dans le cadre du Degré Elevé de Solidarité.

Dans le cadre de la Structure « Tarif Salarié/Conjoint /Enfant / Famille »:

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par l'Assuré et de la communication à l'organisme assureur des justificatifs visés à l'article 10.2 des présentes Conditions Générales.

Le montant de la cotisation est prévu pour chaque personne couverte.

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié. Les enfants handicapés sont exonérés du paiement de la cotisation du régime de base dans les conditions prévues dans le cadre du Degré Elevé de Solidarité.

► Article 15- Paiement des cotisations

15.1 Paiement des cotisations du régime de base

Les cotisations des Assurés sont recouvrées trimestriellement à terme échu auprès de l'Entreprise. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

La répartition du coût des cotisations entre l'Entreprise et les Assurés est fixée par la Convention collective. Toutefois, l'Entreprise est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur. A ce titre, elle procède elle-même à leur calcul et à leur versement à l'organisme assureur, aux différentes échéances prévues.

Pour les Entreprises n'entrant pas dans le périmètre de la DSN, et sur la base de l'état nominatif annuel des salaires visé au

point 8 de l'article 9.1 communiqué par l'Entreprise à l'organisme assureur ce dernier procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires au cours du 1er semestre de l'année suivante.

Les salariés en contrat d'apprentissage et en contrat de professionnalisation sont exonérés du paiement de la part salariale de la cotisation du régime de base obligatoire, pendant la durée de leur période d'alternance dans les conditions prévues dans le cadre du Degré Elevé de Solidarité. Il est précisé que pour les assurés exerçant leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

A 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'Entreprise. A 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 le contrat sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal, à compter de l'échéance.

L'organisme assureur se réserve le droit d'informer directement les Assurés de la défaillance de l'Entreprise.

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

Le contrat de l'Entreprise non résilié 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.

Extension facultative des ayants droit

Les cotisations concernant l'extension des garanties aux ayants droit (hors structure de cotisations « Tarif Famille » (Unique)) sont recouvrées auprès de l'Assuré sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'Entreprise (« Tarif Famille » Unique) :

L'Entreprise assure le précompte des cotisations, tant pour l'Assuré que pour ses éventuels ayants droit. Elle est **seule responsable du paiement en totalité des cotisations afférentes à ses salariés et leurs ayants droit, que ce soit pour les parts salariales précomptées sur le salaire des assurés que pour les cotisations éventuelles additionnelles au titre de l'adhésion facultative de leurs ayants droit.**

En l'absence de communication de l'état nominatif, l'organisme assureur pourra procéder à toutes régularisations sur la base d'éléments en sa possession. L'entreprise doit mettre à disposition de l'organisme assureur toutes les informations nécessaires pour vérifier l'exactitude de ses déclarations.

A 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'entreprise.

A 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 intérêts de retard fixés à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

L'organisme assureur se réserve le droit d'informer directement les Assurés de la défaillance de l'Entreprise.

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

L'adhésion de l'Entreprise 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.

Lorsque l'appel de cotisations est effectué auprès de l'Assuré (hors « Tarif Famille » Unique) :

Les cotisations afférentes à l'affiliation de ses ayants droit, sont payables par l'Assuré dans les conditions définies sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'extension

facultative des ayants droit pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

La résiliation de l'extension des garanties du contrat socle collectif obligatoire aux ayants droit 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-dessous.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Assuré peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal, à compter de l'échéance.

La couverture de l'extension 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 pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

15.2 Paiement des cotisations des garanties optionnelles

L'appel de cotisations est effectué auprès de l'Assuré sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

Les cotisations sont payables par l'Assuré dans les conditions définies sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'Assuré pourra être exclu du groupe assuré, avec pour conséquence la fin de son adhésion, dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

L'exclusion de l'Assuré du groupe Assuré 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-dessous.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Assuré peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal, à compter de l'échéance.

L'adhésion individuelle de l'Assuré 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 16- Révision des cotisations et/ou des garanties du contrat

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant ou d'une lettre avenant adressé à l'Entreprise par l'organisme assureur.

Les parties excluent l'application de l'article 1195 du code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance N° 2016-131 du 10 février 2016. Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions prévues aux 16.1 et 16.2. ci-après.

16.1 Modifications du régime conventionnel

Lorsque les partenaires sociaux apportent des modifications au régime conventionnel, le présent contrat est modifié en conséquence. Ces modifications sont formalisées par voie d'avenant ou de lettre avenant.

16.2 Modifications du cadre législatif et/ou réglementaire

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet.

Les cotisations et/ou les garanties peuvent être modifiées par l'organisme assureur après accord des partenaires sociaux en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement ou des modifications des bases de remboursement et à la fiscalité.

► Article 17- Résiliation du contrat d'adhésion ou des conditions particulières

17.1 Cas et conditions de résiliation

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit à l'article 8, l'adhésion au contrat peut être résiliée dans le cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'Entreprise

Conformément à l'article L. 932-10 du Code de la Sécurité sociale ou L 221-8-1 du Code de la Mutualité, le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'entreprise.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L622-13 du code de commerce.

La résiliation est alors opposable à l'ensemble des assurés, y compris à ceux bénéficiant de la portabilité prévue à l'article 13-1

17.2 Effet de la résiliation ou du non-renouvellement du contrat d'adhésion ou des conditions particulières

17.2.1 Vis-à-vis de l'Entreprise

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion ou des conditions particulières au contrat, l'Entreprise n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'organisme assureur et sur ses différents fonds de réserve.

Le débiteur des cotisations reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues et des différents frais y afférents.

17.2.2 Vis-à-vis de l'Assuré ou de ses ayants droit

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat d'adhésion ou des conditions particulières au contrat de l'Entreprise met fin aux garanties du contrat socle collectif obligatoire.

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 23 des présentes Conditions Générales.

17.3 Cas des garanties optionnelles :

En cas de défaut de paiement des cotisations, les garanties optionnelles peuvent être résiliées selon les conditions définies à l'article 15.2.

TROISIEME PARTIE - DEFINITION DES GARANTIES

► Article 18- Champ d'application

Les dispositions suivantes sont applicables, sauf stipulation contraire, aux relations contractuelles constituées au titre du contrat collectif obligatoire et garanties optionnelles.

► Article 19- Contrat solidaire et responsable

Le présent contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « Contrat Solidaire » et de « Contrat Responsable ».

Le contrat respecte les conditions posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

A ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, l'organisme assureur ne rembourse pas :

- ❖ **Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.**
- ❖ **Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale).**

- ❖ **Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**

Le présent contrat est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « Contrat Responsable » ou au « Contrat Solidaire ».

► Article 20- Garanties frais de sante

Les garanties des contrats figurent en annexe I des présentes Conditions Générales.

20.1 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 Assurés, 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 21 ci-après et des frais non pris en charge visés à l'article 19 ci-avant.

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

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, les remboursements complémentaires au titre du présent régime sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

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, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'organisme assureur dans les conditions fixées aux tableaux des garanties annexés.

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.

Donnent lieu à remboursement, selon les modalités prévues aux tableaux des garanties, les frais suivants :

Certaines garanties font l'objet d'une prise en charge différenciée selon que les médecins adhèrent ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie 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 OPTAM / OPTAM-CO.

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

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.

Hospitalisation à domicile prise en charge par la Sécurité sociale.

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 Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques).
- ❖ Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),

- ❖ Forfait hospitalier prévu à l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendants (EHPAD),
- ❖ Forfait ambulatoire,
- ❖ Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale.
- ❖ Frais de chambre particulière
- ❖ Lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant **de moins de 12 ans** bénéficiaire du contrat. Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- ❖ Périodurale,
- ❖ Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

SOINS DE VILLE EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

- ❖ **Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement.**
- ❖ **Frais d'analyse et de laboratoire.**
- ❖ **Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**
- ❖ **Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale**
- ❖ **Participation forfaitaire pour les actes coûteux.**

PHARMACIE :

- ❖ **Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale.**

DENTAIRE :

- ❖ **Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale:** soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie,
- ❖ **A compter du 1er janvier 2020** pour une partie **des actes du panier « 100 % santé »** puis au **1er janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires**, trois paniers de soins prothétiques sont définis :
 - **un panier « 100 % santé »** (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019 paru au Journal Officiel du 30 mai 2019) remboursés à 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 des garanties prévues dans le tableau des 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.
- ❖ **Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale,**
- ❖ **Implants dentaires (implants + pilier implantaire).**

OPTIQUE :

- ❖ **Prise en charge d'un équipement d'optique médicale (2 verres et 1 monture).**

Deux classes d'équipement optique sont définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé à 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 la limite des garanties mentionnées dans le tableau des 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 ».

La prise en charge s'effectue dans la limite des forfaits dédiés à chaque composante de l'équipement (verres ou monture).

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

L'équipement d'optique médicale (verres et monture) est pris en charge par l'organisme assureur sous réserve du respect des périodicités de renouvellement. La périodicité de renouvellement 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 l'Organisme assureur depuis le 1^{er} janvier 2018. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, la période

pendant laquelle un équipement (2 verres et 1 monture) peut être remboursé débute à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les périodicités de renouvellement sont définies comme suit :

- pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, les équipements d'optique sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans suivant la dernière facturation, par bénéficiaire ;
- pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale d'un an suivant la dernière facturation d'un équipement ;
- par exception, pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois suivant la dernière facturation d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

Ce délai de renouvellement est réduit à un an pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans en cas d'évolution de la vue telle que définie ci-après.

Aucun délai pour le renouvellement des verres n'est exigé dans les cas suivants :

- pour les enfants de moins de 16 ans, en cas d'évolution de la vue objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale ;
- sans distinction d'âge, en cas d'évolution de la réfraction constatée par une prescription médicale ophtalmologique et liée à une des situations médicales particulières listées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.

La justification de cette évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit par adaptation par l'opticien-lunetier de la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Constitue une évolution de la vue :

- la 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,
- la 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,
- la 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,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) supérieur à 4,00 dioptries.

- ❖ **Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale.**
- ❖ **Chirurgie réfractive.**

AIDE AUDITIVE :

A compter du **1er janvier 2021**, deux classes d'équipement auditif sont 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 1700 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 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'Organisme assureur depuis le 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

MATERNITE ET ADOPTION :

Une allocation destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais à la naissance, est versée pour la naissance d'un enfant de l'Assuré, déclaré à l'état civil.

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

Elle est doublée en cas de naissance ou d'adoption multiple.

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

AUTRES ACTES

- ❖ **Médecine douce** : Par dérogation à l'article 21 « Risques exclus », peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens mentionnés en annexe des présentes Conditions Générales.

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

- ❖ **Vaccin anti grippe.**
- ❖ **Contraceptifs médicalement prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale.**
- ❖ **Sevrage tabagique médicalement prescrits et non pris**

en charge par la Sécurité sociale.

- ❖ **Cure thermique acceptée par la Sécurité sociale** : Les frais de cure thermique (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement), acceptés par la Sécurité sociale.
- ❖ **Orthopédie et autres prothèses.**

20.2 Soins engagés hors de France

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.

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

L'organisme assureur intervient dès lors que les Assurés bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil.

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

Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.

20.2.2 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 21- Risques exclus

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

► Article 22- Degré élevé de solidarité

Outre la mise en place d'un régime collectif de couverture des frais de santé, votre Convention collective institue un fonds de solidarité des organismes assureurs recommandés permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité consacrées à des actions de prévention et d'accompagnement individuel et collectif lié à la santé des salariés de la branche, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1 I du code de la Sécurité sociale. Ces actions sont définies dans le règlement du fonds de solidarité.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé conformément aux dispositions de l'Accord collectif du 4 juillet 2017, à 3 % de la cotisation hors taxes encaissée au titre des contrats.

► Article 23- Modalités de versement des prestations

23.1 Tiers payant

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, l'organisme assureur met à la disposition de l'Assuré et ses ayants droit un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

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. L'Assuré et ses ayants droit doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

L'Assuré et ses ayants droit qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'organisme assureur.

23.2 Assistance

Pour Malakoff Humanis Prévoyance :

Des garanties d'assistance et de téléconsultation, assurées auprès d'AUXIA Assistance*, s'appliquent au titre du contrat socle collectif obligatoire. Elles sont détaillées au sein des Conditions Générales valant notice d'information, dénommées "ASSISTANCE SANTE A DOMICILE" référencées "Convention n° 753734", téléchargeable à l'adresse suivante :

<http://univers.malakoffhumanis.com/assistance-teleconsultation.html>.

* AUXIA Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros, RCS de Paris 351 733 761 - siège social au 21, rue Laffitte, 75009 Paris.

Pour Harmonie Mutuelle :

Des garanties d'assistance sont assurées auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA)*.

* Ressources Mutuelles Assistance (RMA), union technique d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, dont le siège social se situe : 46 rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex - numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28

23.3 La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de l'hospitalisation d'un bénéficiaire en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, l'Assuré 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.

23.4 Demandes de remboursement

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'organisme assureur dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de Sécurité sociale ou de la survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale.

A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article 3.

Les bénéficiaires et l'Entreprise 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 à l'Assuré toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

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).**

23.4 Justificatifs et contrôle

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, l'Assuré 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 de Monsieur le Médecin-conseil – Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure 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 de l'Assuré ou de son ayant droit affilié 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 par le bénéficiaire lui-même en cas de fraude avérée.

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 de l'Assuré ou de son ayant droit affilié.

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 le paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat.**

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

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

► Les justificatifs à fournir par l'Assuré pour ses demandes de remboursement

	Bénéficiaire NOEMIE
Hospitalisation chirurgicale ou médicale - Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, lit d'accompagnement...)
Hospitalisation à domicile (HAD)	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Soins de Ville (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante...)	Aucun document
Optique	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none"> - soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires - Orthodontie - Prises en charge par la Sécurité sociale	Imprimé type de l'organisme assureur et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Classification Commune des Actes Médicaux*
Implants	Facture détaillée et acquittée
Médecine douce	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...) Les remboursements de ces actes se font sur factures mentionnant le N° ADELI ou N° RPS et/ou N° AM du praticien.
Pharmacie médicalement prescrite et non remboursée	Facture acquittée et prescription médicale
Cure thermale	Facture acquittée du séjour
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale	Facture acquittée et prescription médicale

Non bénéficiaire Noémie

Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale

Décompte original de la Sécurité sociale

Justificatifs ci-dessus

* L'Assuré peut transmettre à l'organisme assureur, pour avis préalable sur le montant de sa prestation, un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes.

Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale : facture originale acquittée.

L'organisme assureur se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, numéro d'inscription Adeli...).

En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'organisme assureur : facture acquittée du ticket modérateur.

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

Actes hors nomenclature : actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

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.

DSN : La Déclaration Sociale Nominative dite « DSN » vise à remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées par les employeurs entrant dans son périmètre d'application, à des administrations et des organismes de protection sociale. Elle repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'événements.

Tarif d'Autorité : Le tarif d'autorité est la base de remboursement de la Sécurité sociale applicable aux actes dispensés par un médecin non conventionné.

Nomenclature : cette notion 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.

OPTAM / OPTAM-CO : 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.

Plafond de la Sécurité sociale : plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité sociale et prévu aux articles L. 241-3 et D. 242-17 du Code de la Sécurité sociale et modifié chaque année.

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

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 : part des frais de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire en application de l'article L. 160-13 I du Code de la Sécurité sociale.

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

Nos équipes, composées de professionnels de l'action sociale, sont à votre disposition en cas de difficultés consécutives à un problème de santé, de handicap ou d'invalidité.

Au-delà de l'écoute et du soutien, elles peuvent selon les situations :

- ❖ **orienter vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou la résolution de difficultés,**
- ❖ **conseiller sur les démarches à entreprendre,**
- ❖ **étudier la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.**

Ces aides ne sont pas systématiques. Elles ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément des garanties contractuelles.

A qui s'adresser

Malakoff Humanis
Action Sociale

3996 (service gratuit + prix d'un appel)

Malakoff Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale – Immatriculée au répertoire SIRENE sous le sous le n° 775 691 181, dont le siège social est à PARIS (75009) 21 rue Lafitte

ou

Harmonie Mutuelle - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473, n° LEI 969500JLU5ZH89G4TD57, Siège social : 143 rue Blomet – 75015 PARIS