

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DE LA PROMOTION IMMOBILIÈRE

Frais de santé

Contrat collectif à adhésion obligatoire

CONDITIONS GÉNÉRALES N° 5302/2
Date d'effet 1^{er} janvier 2020

« Salariés »

SOMMAIRE

PRÉAMBULE - GLOSSAIRE	4
TITRE 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
ARTICLE 1 - CADRE JURIDIQUE - OBJET	5
ARTICLE 2 - SOUSCRIPTION DU CONTRAT	5
ARTICLE 3 - MODIFICATIONS DU CONTRAT	5
ARTICLE 4 - AFFILIATION DES SALARIÉS - BÉNÉFICIAIRES	5
ARTICLE 5 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DURÉE	7
ARTICLE 6 - COTISATION - DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE	9
ARTICLE 7 - PRESTATIONS	10
ARTICLE 8 - PRESCRIPTION	16
ARTICLE 9 - RÉSILIATION DU CONTRAT	16
ARTICLE 10 - CONTRÔLE DE L'INSTITUTION	17
ARTICLE 11 - RÉCLAMATION - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	17
TITRE 2 – GARANTIE CONVENTIONNELLE FRAIS DE SANTÉ	19
ARTICLE 12 - TABLEAUX DES GARANTIES	19

PRÉAMBULE - GLOSSAIRE

Votre entreprise relève de la Convention collective nationale de la Promotion Immobilière.

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré, par **accord collectif du 19 octobre 2011**, un régime obligatoire de prévoyance complémentaire, au bénéfice de **l'ensemble du personnel, salarié ou assimilé salarié au regard de la Sécurité sociale**, des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective.

Les présentes Conditions générales vous permettent de souscrire un contrat d'assurance conforme à ces dispositions conventionnelles.

Il faut entendre, dans le cadre des présentes Conditions générales, pour les termes ci-dessous employés :

Accord de branche/accord frais de santé : l'Accord de branche du 19 octobre 2011 ayant institué le régime conventionnel de frais de santé ;

Adhérent : l'entreprise ayant souscrit le présent contrat ;

Bénéficiaire : personne remplissant les conditions requises pour bénéficier des prestations au titre du présent contrat frais de santé, c'est-à-dire le participant et ses éventuels ayants droit ;

Contrat : le contrat d'assurance souscrit dans le cadre des présentes Conditions générales, dont les dispositions contractuelles sont conformes à l'Accord de branche ;

Institution : Malakoff Humanis Prévoyance ;

Participant : le salarié effectivement couvert par le présent contrat, c'est-à-dire appartenant à la catégorie de personnel assurée, le cas échéant devenant ancien salarié ; une fois affilié celui-ci devient membre participant de l'Institution ;

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

TITRE 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 - CADRE JURIDIQUE - OBJET

Le présent contrat collectif à adhésion obligatoire peut être souscrit par les entreprises relevant de la **Convention collective nationale de la Promotion Immobilière (IDCC 1512)** ; il a vocation à être conforme aux dispositions de l'Accord de branche du 19 octobre 2011 (et ses avenants subséquents).

L'entreprise souscrit le contrat auprès de Malakoff Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, dont le siège social est 21 rue Laffitte, 75009 Paris.

Le contrat a pour objet d'assurer, **en complément du régime général de la Sécurité sociale** (ou d'un autre régime obligatoire de base) le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, aux salariés sans condition d'ancienneté appartenant à la catégorie de personnel fixée par l'Accord de branche, à savoir l'ensemble du personnel salarié ou assimilé salarié au regard de la Sécurité sociale.

Sont également bénéficiaires, au sens du contrat, les ayants droit de ces salariés.

Les prestations sont précisées au Titre II.

Le présent contrat répond aux critères qualifiant les contrats de responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Seules les entreprises relevant de la Convention collective peuvent souscrire un contrat dans le cadre des présentes Conditions générales ; les résultats sont mutualisés pour l'ensemble de ces contrats.

ARTICLE 2 - SOUSCRIPTION DU CONTRAT

Le contrat est composé de deux parties indissociables :

- les présentes Conditions générales, définissant les conditions de cotisations et de prestations, les obligations réciproques des parties ;
- les Conditions particulières ou Certificat d'adhésion, définissant la date d'effet de l'adhésion, la (les) catégorie(s) de personnel effectivement couvert(e)s, les taux de cotisations appelés ;

et le cas échéant des avenants y afférant.

Dans la suite du document, l'entreprise souscriptrice est dénommée l'Adhérent.

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions particulières ou Certificat d'adhésion et expire au 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque exercice civil, sous réserve des dispositions de l'article 9.

ARTICLE 3 - MODIFICATIONS DU CONTRAT

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé à l'Adhérent par l'Institution.

3.1 - Modifications du régime conventionnel de frais de santé

Dans le cas où les partenaires sociaux apportent des modifications au régime conventionnel de frais de santé, le contrat sera modifié en conséquence.

3.2 - 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. **La modification de ce cadre législatif et/ou réglementaire ne peut en aucun cas avoir pour conséquence d'augmenter l'engagement de l'Institution.**

En cas d'instauration ou de modification par les Pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, l'Institution est fondée à apporter les aménagements nécessaires, selon le cas, au niveau des cotisations et/ou au niveau des prestations.

ARTICLE 4 - AFFILIATION DES SALARIÉS - BÉNÉFICIAIRES

Les dispositions ci-dessous concernant les obligations déclaratives de l'adhérent sont sans objet si vous nous avez transmis ces données par la voie de la déclaration sociale nominative (DSN) en application de l'article L.133-5-3 du Code de la sécurité sociale.

Toutefois, si les données nécessaires à l'affiliation et à l'enregistrement des garanties n'entrent pas dans le périmètre de la DSN (notamment choix d'option par le salarié, couverture des ayants droit) ou que nous traitons pas via la DSN, vous devez nous fournir les documents listés aux articles susvisés.

4.1 - Affiliation des salariés et modification de situation professionnelle

L'Adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel assurée (sauf hypothèse de dispense selon la réglementation en vigueur), au moyen du formulaire d'affiliation mis à disposition par l'Institution. Ceux-ci deviennent alors membres participants de l'Institution.

Le formulaire permet au salarié de déclarer les éventuels ayants droit, bénéficiaires à titre obligatoire ou facultatif conformément à l'article suivant.

À la date d'effet du contrat, doivent être affiliés les salariés présents à l'effectif, y compris les salariés en arrêt de travail indemnisés par la Sécurité sociale, ainsi que les salariés en suspension du contrat de travail dont le salaire est maintenu en totalité ou partiellement.

En présence d'un assureur précédent dont le contrat a été résilié, peuvent demander à être affiliés, à la date d'effet du présent contrat, les anciens salariés qui à cette date demeurent bénéficiaires d'une période de maintien de garanties ouverte auprès de l'assureur précédent et restant à courir au titre du dispositif de portabilité instauré par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale (sauf dans le cas où l'assureur précédent maintient sa garantie jusqu'à expiration de la période de droits à portabilité).

Les embauches doivent être déclarées par l'Adhérent à l'Institution **dans un délai de trente jours**.

L'Adhérent est tenu d'informer l'Institution de tout événement affectant le droit à garantie des participants et de leurs ayants droit (suspension ou cessation du contrat de travail, affiliation au dispositif de portabilité, cessation du droit à portabilité, décès...) **dès qu'il en a connaissance**, ceci afin de permettre la mise à jour de leurs droits et éviter, selon le cas, tout versement indu ou tout refus de prestations de la part de l'Institution.

Les salariés se prévalant d'une dispense d'affiliation doivent être affiliés au contrat dès qu'ils cessent de justifier de leur situation. Ils peuvent également renoncer ultérieurement et à tout moment à bénéficier de la dispense pour demander par écrit leur affiliation au contrat, cette décision étant alors irrévocable. La date de leur affiliation est alors fixée au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du formulaire d'affiliation.

4.2 - Bénéficiaires

4.2.1 - Bénéficiaires du régime frais de santé à titre obligatoire - structure de cotisation « FAMILLE »

La structure de cotisation « FAMILLE » définie par l'Accord de branche s'entend **hors conjoint non à charge au sens du contrat**.

Sont bénéficiaires à titre obligatoire :

- le participant (salarié ou ancien salarié en cas de portabilité) ;
- le conjoint à charge du participant au sens du contrat ;
- les enfants du participant et, s'ils vivent au foyer ceux de son conjoint qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - être âgés de moins de 20 ans ;
 - bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale (du fait de son affiliation, de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle) ;
 - être fiscalement à sa charge, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire qu'il déduit fiscalement de son revenu global.

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

- s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 60 % du SMIC ;
- s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;
- s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La limite d'âge est supprimée pour ses enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité ou la carte mobilité inclusion portant la mention "invalidité" prévue par l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire ou leur 26^e anniversaire s'ils poursuivaient des études.

- ses ascendants, père et mère à charge et ceux de son conjoint au sens du contrat :
 - bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale ;
 - fiscalement à sa charge, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire qu'il déduit fiscalement de son revenu global.

4.2.2 - Bénéficiaires du régime frais de santé à titre facultatif - structure de cotisation « CONJOINT »

La structure de cotisation « CONJOINT » permet au **conjoint non à charge du participant au sens du contrat** (ne figurant pas sur l'attestation carte Vitale du participant) d'être bénéficiaire du régime, sur demande du participant.

La cotisation correspondante est intégralement à charge du participant, déduite mensuellement sur son bulletin de salaire et appelée par l'Institution auprès de l'entreprise dans les mêmes conditions que les cotisations des salariés.

4.2.3 - Définition du conjoint

Pour l'application du présent contrat, à la date de l'événement ouvrant droit à prestations, il faut entendre pour le vocable « conjoint » :

- le conjoint : l'époux(se) du participant, non-séparé(e) de corps judiciairement ;
- le partenaire lié par un PACS : la personne, quel que soit son sexe, ayant conclu avec le participant un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil ;
- le concubin : la personne vivant en couple avec le participant au moment de l'événement ouvrant droit à prestations. La définition du concubinage est celle retenue par l'article 515-8 du Code civil. Le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins deux ans jusqu'à l'événement ouvrant droit aux prestations, les concubins ne devant, ni l'un ni l'autre, être par ailleurs mariés ou liés par un PACS. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né ou à naître de la vie commune.

Il faut entendre pour le vocable « conjoint à charge » le conjoint de l'assuré qui a conservé la qualité de bénéficiaire au sens du contrat ou qui est en mesure de justifier qu'il n'exerce aucune activité professionnelle et ne perçoit aucun revenu (salaires, traitements ou revenus de remplacement).

4.3 - Information des salariés

L'Adhérent est tenu :

- de remettre à chaque salarié, et de pouvoir en apporter la preuve, une notice d'information établie par l'Institution qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque,
- d'informer par écrit les salariés ou anciens salariés garantis des modifications qui sont apportées à leurs droits et obligations.

L'information aux salariés est régie par l'article L.932-6 du Code de la sécurité sociale.

En outre, lors de la rupture du contrat de travail, il appartient à l'Adhérent d'informer le salarié du maintien des garanties auquel il peut prétendre en application du dispositif de portabilité visé à l'article 5.4, des modalités de mise en œuvre et de contrôle de la persistance des droits audit maintien.

ARTICLE 5 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DURÉE

5.1 - Salariés de l'entreprise : dates d'effet et de fin de la garantie

Pour chaque salarié dont l'affiliation a été demandée par l'Adhérent (cf. article 4.1), la garantie prend effet à la date de son affiliation c'est-à-dire à la date d'effet du présent contrat s'il est présent à l'effectif à cette date, ultérieurement à la date de son entrée dans la catégorie de personnel assurée.

Pour les salariés qui cessent de bénéficier d'une dispense d'affiliation, la garantie prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du formulaire d'affiliation.

La garantie cesse pour chaque participant au dernier jour du mois civil (la cotisation étant due pour le mois entier) au cours duquel survient l'un des événements suivants :

- sortie de la catégorie de personnel assurée ;
- cessation du contrat de travail, sauf dispositions de l'article 5.4 ;
- cessation des droits au dispositif de portabilité (article 5.4) ;
- suspension du contrat de travail, sauf dispositions de l'article 5.3 ;
- prise d'effet de la retraite Sécurité sociale (en cas de cumul emploi retraite, le salarié est affilié au titre de son nouveau contrat de travail) ;
- résiliation du présent contrat.

Toutefois, la date de fin de garantie au dernier jour du mois civil ne s'applique pas lorsque le participant, au cours de ce même mois, vient à être à nouveau affilié au présent contrat en tant que salarié (nouveau contrat de travail au sein d'une entreprise de la branche). Dans ce cas, la fin de garantie prend effet à la veille de la nouvelle affiliation.

5.2 - Bénéficiaires du salarié : date d'effet et de fin de la garantie

5.2.1 - Bénéficiaires couverts à titre obligatoire – Structure de cotisation « FAMILLE »

Pour les bénéficiaires couverts à titre obligatoire (article 4.2.1), déclarés sur le formulaire d'affiliation, la garantie prend effet :

- à la même date d'affiliation que le salarié ;
- au jour de l'événement en cas de changement de situation familiale (sur justificatif du mariage, PACS, concubinage, naissance...).

La garantie cesse pour chaque bénéficiaire :

- à la même date de cessation de garantie que pour le salarié ;
- au dernier jour du mois civil au cours duquel les conditions requises pour être bénéficiaire ne sont plus remplies.

5.2.2 - Ayants droit couverts à titre facultatif – Structure de cotisation « CONJOINT »

Pour le conjoint non à charge du participant au sens du contrat, couvert à titre facultatif (article 4.2.2), la garantie prend effet **sous réserve que le formulaire d'affiliation parvienne à l'Institution dans les 30 jours** suivant l'événement :

- à la même date que l'affiliation du salarié ;
- au 1^{er} jour du mois civil qui suit le changement de situation familiale (sur justificatif du mariage, PACS, concubinage);
- au 1^{er} jour du mois civil qui suit la date à laquelle le conjoint cesse d'être à charge au sens du contrat ;
- au 1^{er} jour du mois civil qui suit la radiation du contrat frais de santé dont le conjoint bénéficiait auprès d'un autre assureur (sur justificatif de cet organisme).

En cas de demande d'affiliation reçue au-delà de ce délai de 30 jours, la prise d'effet de la garantie est reportée au 1^{er} jour du mois suivant sa réception par l'Institution.

L'affiliation du conjoint non à charge peut être résiliée dans les cas suivants :

- sans motif particulier, à effet du 31 décembre, sous réserve que l'Institution en soit informée au plus tard le 31 octobre; le participant doit adresser la demande à l'Adhérent, qui devra en informer l'Institution ; **la résiliation est irrévocable** ;
- en cas d'obligation pour le conjoint d'être affilié à titre obligatoire par l'intermédiaire d'un régime collectif d'entreprise ; si la demande est reçue avant le 15 du mois, la résiliation prend effet au dernier jour du mois en cours; si la demande est reçue après le 15 du mois, la résiliation prend effet au dernier jour du mois suivant ;
- lorsque le conjoint devient à charge du participant au sens du contrat, la résiliation prenant effet au dernier jour du mois au cours duquel le conjoint cesse d'être non à charge (sur justificatif de l'attestation carte Vitale délivrée par la Sécurité sociale).

La garantie cesse pour le conjoint non à charge :

- à la même date de cessation de garantie que pour le participant ;
- à la date à laquelle les conditions requises pour être bénéficiaire ne sont plus remplies (perte de la qualité de conjoint au sens de l'article 4.2.3) ;
- à la date de résiliation de l'affiliation, dans les situations et conditions de forme visées à l'alinéa précédent.

Toute décision prise par le participant concernant l'affiliation de son conjoint non à charge s'impose à ce dernier.

5.3 - Suspension du contrat de travail

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu continuent, ainsi que leurs ayants droit, de bénéficier de la garantie si lesdits salariés se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale (maladie, accident, congé maternité/adoption et paternité) ;
- maintien du salaire (total ou partiel).

Dans ces deux cas, les cotisations continuent d'être dues dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité.

Dans tout autre cas de suspension du contrat de travail, la garantie est suspendue pendant la période correspondante, fixée par mois civils entiers (en effet, la cotisation étant due par mois civils entiers dès lors que le participant est présent le 1^{er} jour du mois, sans prorata, le participant reste couvert pour le mois entier au titre duquel la cotisation a été payée).

5.4 - Cessation du contrat de travail – Dispositif de maintien de la garantie (portabilité)

Le contrat organise le maintien de la garantie frais de santé dont peut bénéficier le salarié et ses éventuels ayants droit, en cas de cessation du contrat de travail, sauf hypothèse de faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, conformément au dispositif de maintien des garanties prévu par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale :

- la durée du maintien est égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
- le bénéfice du maintien est subordonné à la condition que les droits à garantie aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- la garantie maintenue est celle en vigueur dans l'entreprise (les éventuelles modifications du contrat, tant à la hausse qu'à la baisse, sont donc applicables aux bénéficiaires du maintien) ;

- l'ancien salarié justifie auprès de l'Institution, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de la garantie, qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la cessation du contrat de travail.

L'Adhérent doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail ouvrant droit au maintien, et notamment attester de la durée du ou des dernier(s) contrat(s) de travail permettant de définir la durée maximale des droits.

Le maintien cesse à la date de survenance de l'un des évènements suivants :

- cessation du versement des allocations chômage, quel qu'en soit le motif (reprise d'activité professionnelle, prise d'effet de la retraite Sécurité sociale, radiation des listes de Pôle Emploi, décès) ;
- expiration de la période de droits à laquelle peut prétendre l'ancien salarié ;
- résiliation du présent contrat d'assurance.

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

L'entreprise s'engage par ailleurs à informer sans délai l'Institution de tout événement dont elle aurait connaissance ayant pour conséquence de mettre fin de façon anticipée à la période de maintien des garanties.

Le financement du dispositif de maintien est inclus dans la cotisation des salariés en activité (part patronale et part salariale).

5.5 - Adhésion à titre individuel – Loi Evin

Peuvent souscrire auprès de l'Institution un contrat individuel frais de santé, sans formalités médicales et sans période probatoire, conformément aux dispositions de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 :

- **Les anciens salariés** cessant d'être couverts par le présent contrat collectif et qui bénéficient d'une rente d'incapacité ou d'invalidité de la Sécurité sociale, d'une pension de retraite de la Sécurité sociale, d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi ; pour être recevable, la demande doit être adressée dans les 6 mois qui suivent la cessation du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de maintien de garantie visé à l'article 5.4.
- **Les bénéficiaires** qui étaient garantis du chef d'un salarié décédé, pendant 12 mois ; pour être recevable, la demande de bénéficiaire doit être adressée dans les 6 mois qui suivent le décès.

L'Institution adresse une proposition de maintien individuel de la garantie, pour autant que l'Adhérent l'ait informée en temps utile de l'événement ouvrant droit au dispositif.

La garantie prend effet au plus tôt au lendemain de la cessation des droits au titre du régime collectif des salariés et au plus tard au lendemain de la demande. Les cotisations sont payables d'avance. Les prestations sont identiques à celles du régime collectif des salariés.

Ce dispositif est mutualisé avec le régime collectif des salariés.

ARTICLE 6 - COTISATION - DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE

6.1 - Structure de cotisation

Le montant de la cotisation finançant le régime frais de santé est variable selon les bénéficiaires déclarés :

- « FAMILLE » : famille hors conjoint non à charge au sens du contrat,
- « CONJOINT » : conjoint non à charge au sens du contrat.

6.2 - Assiette et taux de cotisation

La cotisation est exprimée sous forme de forfait mensuel non proratisable, calculée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), celui-ci évoluant chaque année.

La cotisation est due dès lors que le salarié remplit les conditions requises pour être bénéficiaire le 1^{er} jour du mois. En cas d'embauche en cours de mois, la cotisation est due à partir du mois suivant ; en cas de radiation en cours de mois, la cotisation est due pour le mois en cours.

La cotisation est due pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu dès lors qu'ils continuent de bénéficier de la garantie (cf. article 5.3).

La cotisation ainsi définie pour les salariés en activité inclut le financement du dispositif de maintien visé à l'article 5.4.

La répartition de la cotisation est fixée par l'Accord frais de santé.

Les taux de cotisation peuvent être ajustés en fonction notamment de l'évolution de la consommation médicale, des résultats techniques et perspectives constatés et mutualisés pour l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales.

Taux contractuels

Cotisation obligatoire au 1 ^{er} janvier 2012	France hors Alsace Moselle	Alsace Moselle
« FAMILLE » (Tarif Uniforme Famille)	3,25 % PMSS	2,14 % PMSS

Cotisation facultative au 1 ^{er} janvier 2012	France hors Alsace Moselle	Alsace Moselle
« CONJOINT » (non à charge au sens du contrat)	1,81 % PMSS	1,20 % PMSS

Pour la détermination de la cotisation du conjoint non à charge, la cotisation est obligatoirement celle correspondant au régime de base de Sécurité sociale (régime général ou Alsace Moselle) dont relève le participant.

Lorsque les taux contractuels sont affectés d'un taux d'appel, celui-ci est précisé aux Conditions particulières et/ou par voie d'avenant.

6.3 - Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les 15 premiers jours de chaque trimestre civil.

Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant le nombre d'assurés à la fin du trimestre civil concerné et le nombre de forfaits mensuels pour la période concernée, ceci pour chaque structure de cotisation (famille hors conjoint non à charge/conjoint non à charge).

L'Adhérent est seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, il procède à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur appel de l'Institution.

À défaut du paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure est adressée à l'Adhérent par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de non-paiement persistant à l'expiration du délai fixé dans la mise en demeure, l'Institution poursuivra le recouvrement des cotisations par tous les moyens de droit. Les frais afférents seront entièrement à la charge de l'Adhérent. L'éventuelle résiliation du contrat ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de quarante jours suivant la mise en demeure.

6.4 - Déclaration nominative annuelle

Un état nominatif est mis à disposition de l'Adhérent par l'Institution à la fin de chaque exercice. Cet état comporte notamment les nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, le cas échéant dates d'entrée ou de sortie au cours de l'exercice visé, et ce pour chaque assuré dont l'affiliation a été enregistrée par l'Institution.

Au plus tard le 31 janvier suivant, l'Adhérent doit retourner cet état, dûment complété, d'une part de la déclaration des salariés restant à affilier, d'autre part des éléments à prendre en compte pour que l'Institution procède au calcul des cotisations annuelles (notamment dates d'entrée et/ou de sortie des effectifs, catégorie professionnelle, périodes de suspension de contrat de travail, périodes de portabilité, etc).

Les déclarations peuvent être faites sous forme dématérialisée.

ARTICLE 7 - PRESTATIONS

Le niveau des prestations est précisé au Titre II.

7.1 - Critères du contrat responsable et de la couverture minimale

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

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

Ainsi, le contrat assure obligatoirement :

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

- l'intégralité du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée.

Toutefois, le contrat ne prend pas en charge :

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

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

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

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

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

Précisions sur l'application du 100 % santé

1. Optique

Généralités

À compter du 1^{er} janvier 2020 :

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

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

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

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

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

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

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

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

VERRES SIMPLES

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

VERRES COMPLEXES

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

VERRES TRÈS COMPLEXES

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

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

a. Les délais de renouvellement

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

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries	
Constatation de l'évolution de la vue	soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres.	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

2. Dentaire

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

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

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

3. Aide auditive

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

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

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

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

7.2 - Frais de santé pris en charge

Le contrat n'intervient pas pour les actes n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, sauf indication contraire figurant au tableau de garanties, ces actes hors nomenclature concernant en tout état de cause des spécialités ou actes à caractère thérapeutique (non liés au confort ou à l'esthétique).

Pour les postes faisant l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale, le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du montant de base du remboursement et de la législation ou réglementation en vigueur à la date des soins.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie (la date de début des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale doit être comprise dans ladite période). La date des soins et le montant des dépenses engagées sont ceux retenus par la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de cet organisme (ou, pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, figurant sur la facture délivrée par le professionnel de santé).

Les demandes de prestations sont prescrites à l'expiration d'un délai de deux années suivant la date des soins ainsi définie.

En aucun cas l'Institution ne prend en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale.

Concernant les prestations exprimées sous forme de forfait pour une période donnée (une année, deux années...), le forfait non atteint ou non utilisé sur une période n'est pas reporté lors de la période suivante.

Les assurés conservent le choix du praticien ou de l'établissement de soins. Toutefois, l'Institution peut passer des conventions particulières avec certains d'entre eux.

Concernant les spécialités médicales non remboursées par la Sécurité sociale : les actes d'ostéopathie, de chiropractie et d'acupuncture sont remboursés, dans la limite du montant précisé au tableau de garanties, sous réserve que les praticiens exerçant ces spécialités puissent justifier :

- pour les ostéopathes, d'être titulaire du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession ;
- pour les chiropracteurs, d'être titulaire d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropracticiens ou par un institut agréé par l'Union européenne de Chiropracticiens et être membres de l'Association Française de Chiropractie (AFC) ;
- pour les acupuncteurs, être médecins inscrits au Conseil de l'ordre des médecins ou être consultés sur prescription du médecin traitant.

Concernant le poste « Hospitalisation médicale ou chirurgicale », le remboursement est limité :

- à 30 jours par année civile s'agissant d'un séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermique ;
- à 30 jours par séjour s'agissant de maison de santé pour maladies nerveuses et mentales.

La limitation susvisée s'entend hors « forfait journalier hospitalier » et pour les postes concernés, la prise en charge à hauteur du ticket modérateur (TM) reste assurée au-delà des 30 jours, dans le respect de la réglementation relative au « contrat responsable ».

7.3 - Principe indemnitaire

Le total des remboursements au titre du présent contrat, de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire le cas échéant, ainsi que les sommes restant obligatoirement à charge du bénéficiaire (pénalités financières, contribution forfaitaire et les franchises médicales exposées à l'article 7.1), ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

Lorsque les prestations sont exprimées sous forme de forfait en euros ou de pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), celles-ci s'entendent de même dans la limite des dépenses engagées exposée ci-dessus, sauf pour le cas particulier de l'allocation de naissance ou d'adoption.

Les assurés bénéficiant auprès d'un autre organisme assureur de garanties de même nature peuvent obtenir une indemnisation au titre du présent contrat, dans la limite des frais restant à charge. À cette fin, les décomptes de remboursement établis par un autre organisme assureur doivent être communiqués par le bénéficiaire.

7.4 - Soins dispensés hors de France

Pour les soins dispensés hors de France, les garanties du contrat sont acquises aux assurés qui relèvent de la législation française de la Sécurité sociale (séjour privé, mission ou détachement professionnel), dès lors que ces frais de santé font l'objet d'une prise en charge au titre de ce rattachement au régime français de Sécurité sociale.

En outre, les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires peuvent, après avis du médecin conseil de l'Institution, être plafonnées à hauteur du prix habituellement pratiqué normalement en France pour des actes et soins équivalents.

Dans le cadre de la différenciation des prestations entre les honoraires déclarés « dans le cadre d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée » ou « hors dispositif de pratique tarifaire maîtrisée », les actes effectués à l'étranger seront remboursés à hauteur des niveaux de remboursement « hors dispositif » indiqués dans le tableau de garanties.

7.5 - Modalités de remboursement

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

Le total de nos remboursements, de ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées telles que définies au paragraphe intitulé « Quelles sont les prestations ? » ci-dessus.

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

Les limites résultant des critères du contrat responsable sont exposées à l'article suivant.

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

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

7.6 - En cas de cessation des garanties

Lorsque les droits à garantie cessent (cf. article 5), de façon temporaire ou définitive, l'Adhérent doit, outre en informer l'Institution, rappeler au participant qu'il a l'obligation, d'une part de restituer la carte de tiers payant qui lui a été adressée par l'Institution, d'autre part d'aviser les professionnels de santé auxquels il fait habituellement appel afin que ceux-ci mettent à jour leurs fichiers informatiques servant au processus de télétransmission.

Les prestations qui s'avéreraient avoir été indûment versées feront l'objet d'une répétition de l'indu auprès du salarié ou ancien salarié, y compris lorsque l'indu concerne un bénéficiaire.

7.7 - Subrogation

L'institution est, pour le remboursement des prestations, subrogée dans les droits et actions du participant ou de ses ayants droit, contre les tiers responsables d'un accident les ayant exposés à des dépenses de santé. Dans cette hypothèse, le participant doit fournir à l'Institution, dans les meilleurs délais, tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre de la procédure.

7.8 - Expertise médicale

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

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

charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

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

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

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

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

Reprise des indus

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

ARTICLE 8 - PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L.932-13 du Code de la sécurité sociale.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, le participant, le bénéficiaire 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 que sont :

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

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 avec demande d'avis de réception adressée, soit à l'employeur par l'organisme assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'organisme assureur par l'assuré, le bénéficiaire ou les ayants droit, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 9 - RÉSILIATION DU CONTRAT

L'Adhérent souhaitant résilier le contrat à l'échéance annuelle du 31 décembre, doit en informer Malakoff Médéric Prévoyance par lettre recommandée avec accusé de réception, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

D'autre part, l'entreprise adhérente, le cas échéant l'entreprise l'ayant absorbée, doit par écrit informer sans délai l'Institution de tout changement d'activité ayant pour conséquence de la placer en dehors du champ d'application de l'Accord de branche (notamment à l'occasion d'opérations de fusion-absorption, de restructuration, de regroupements d'activités...). En pareil cas le contrat pourra être résilié, au plus tard à l'expiration de la période de survie de douze mois prévu à l'article L.2261-14 du Code du travail.

La résiliation du contrat entraîne à la même date la cessation de la garantie pour l'ensemble des bénéficiaires, salariés et anciens salariés ainsi que leurs ayants droit.

Ceux-ci peuvent souscrire un contrat individuel, sans période probatoire ni formalités médicales, parmi l'offre frais de santé individuelle de l'Institution, sous réserve d'en faire la demande avant la date d'effet de la résiliation.

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation du contrat, l'Adhérent s'engage à en informer l'ensemble des salariés.

ARTICLE 10 - CONTRÔLE DE L'INSTITUTION

Malakoff Médéric Prévoyance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS92459, 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 11 - RÉCLAMATION - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

11.1 - Réclamation relative à l'application du contrat

En cas de difficultés persistantes dans l'application du contrat, l'entreprise et les bénéficiaires doivent en priorité contacter l'Institution :

- pour l'entreprise : reclamation-entreprise-assurance@malakoffmederic.com
ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt cedex,
- pour les salariés : reclamation-particulier-assurance@malakoffmederic.com
ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt cedex

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée avec l'Institution, l'entreprise et les bénéficiaires peuvent également, sans préjudice du droit d'agir en justice, s'adresser au médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), à l'adresse suivante : 10 rue Cambacérès 75008 PARIS ou par voie électronique à l'adresse suivante : <http://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

11.2 - Informatique et libertés

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

L'assureur a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier : Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. L'assuré dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. L'assuré dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. **Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.** En cas de prospection commerciale par voie postale : sauf opposition écrite de la part de l'assuré, ses informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite et d'assurance du groupe Malakoff Médéric, ainsi qu'à leurs filiales et partenaires/aux partenaires OGF, à des fins de prospection commerciale/prospection de leurs offres de produits et services.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, par email à sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier à Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

L'assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/> agir ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07.

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

TITRE 2 – GARANTIE CONVENTIONNELLE FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 12 - TABLEAUX DES GARANTIES

Les prestations sont exprimées en complément des prestations versées par le régime général de la Sécurité sociale (ou autre régime de base de Sécurité sociale dont le niveau d'intervention est identique, notamment le régime des étudiants). Elles sont ajustées pour le régime local Alsace-Moselle, de sorte que tout assuré bénéficie globalement d'un niveau de couverture strictement identique.

Les conditions et limites de remboursement sont exposées à l'article 7.

Dans le cas où le niveau de prestations prévu s'avérerait inférieur ou supérieur à l'obligation minimale ou maximale de couverture résultant du caractère responsable du contrat, la prestation effectivement versée sera augmentée ou réduite à due concurrence.

Tableaux de garanties en pages suivantes :

- grille de prestations,
- grille optique (en fonction de la correction).

LES SPÉCIFICITÉS DE VOTRE CONTRAT

Tableau de garanties

Les remboursements interviennent en complément du remboursement de la Sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient.

FRAIS COUVERT à compter du 01/01/2020	BASE conventionnelle Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :
HOSPITALISATION ⁽¹⁾ en établissement conventionné ou non ⁽²⁾	
Frais de séjour en hospitalisation médicale ou chirurgicale	
En établissement conventionné	100 % DE limité à 150 % BR
En établissement non conventionné ⁽²⁾	80 % DE limité à 150 % BR
Honoraires dont actes de chirurgie et actes d'anesthésie	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée *	100 % DE limité à 150 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée * conventionné	100 % DE limité à 100 % BR + TM
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée * et non conventionné ⁽²⁾	80 % DE limité à 100 % BR + TM
Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾	
Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE sans limitation de durée
Participation forfaitaire	
Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE
Chambre particulière ⁽⁴⁾	
Non remboursé par la Sécurité sociale	
Par nuitée	2 % du PMSS
Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	2 % du PMSS
Lit d'accompagnant ⁽⁴⁾	
Non remboursé par la Sécurité sociale	
Bénéficiaire dont âge est < à 12 ans - par nuitée	1 % du PMSS
Forfait maternité ou adoption plénière (enfant de moins de 10 ans)	
Par enfant	20 % du PMSS
DENTAIRE auprès d'un professionnel	
Soins et prothèses 100 % Santé **	
À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/02/21 pour les autres prothèses du panier dentaire	sans reste à payer ⁽¹²⁾
Soins	
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 BR
Inlay-onlay	100 BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	5 % PMSS
Prothèses autres que 100 % Santé	
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	420 % BR
Inlay-core	150 % BR
Couronnes fixes non remboursées par la Sécurité sociale (sur la base d'une prothèse de type couronne)	
Implantologie	
Fausse racine et pilier et pilier implantaire non remboursée par la Sécurité sociale - 3 implants par an et par bénéficiaire	30 % PMSS
Orthodontie	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale par semestre de traitement et par bénéficiaire	225 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale par semestre de traitement et par bénéficiaire	
OPTIQUE - ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres)	
Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	
Équipement 100 % Santé **	
(classe A)	sans reste à payer ⁽¹³⁾
Équipement autre que 100 % Santé **	
(classe B)	
Les remboursements s'entendent y compris la Sécurité sociale	Remboursement selon la grille optique
Lentilles	
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire ⁽¹⁰⁾	6 % PMSS
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire ⁽¹⁰⁾	7 % PMSS
Chirurgie optique réfractive	
Par œil, par an et par bénéficiaire	15 % PMSS

AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	
Jusqu'au 31/12/2020 :	
Appareil auditif remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité ****	2 800 €
Appareil auditif remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	700 €
À compter du 01/01/2021 :	
Équipement 100 % Santé (classe I ***) Renouvellement par appareil tous les 4 ans	sans reste à payer ⁽¹³⁾
Équipement autre 100 % Santé (classe II ***) Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité **** Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	1 700 € 800 €
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	
Honoraires médicaux	
Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	110 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	90 % BR
chez un spécialiste	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR + TM
Actes techniques médicaux	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	80 % BR
Actes d'imagerie médicale	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	80 % BR
Honoraires paramédicaux	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR
Matériel médical Appareillage et prothèses médicales (dont orthopédiques), hors aides auditives et optique	200 % BR
Frais de transport sanitaire Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR ⁽¹¹⁾	TM
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	10 % PMSS
Médicaments	
Médicaments remboursés à 65 %	TM
Médicaments remboursés à 30 %	TM
Médicaments remboursés à 15 %	TM
Médicaments prescrits hors vaccins, non remboursés par la Sécurité sociale (sur facture détaillée) - par an et par bénéficiaire	1.5 % PMSS
Médecine additionnelle et de prévention Non remboursée par la Sécurité sociale	
Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe, psychologue - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 4 séances par an	30 €
Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien, pour un enfant de moins de 12 ans	30 €
Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale prescrit par un médecin - par an et par bénéficiaire	100 €
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale prescrits sur ordonnance par un médecin - par an et par bénéficiaire	5 % PMSS
Examen de dépistage de l'ostéoporose entre 45 et 59 ans - par an et par bénéficiaire	50 €
Actes de prévention du contrat responsable	TM

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €). **BRR** = Base de Rembourse Reconstituée de la Sécurité sociale.

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

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

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

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

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

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(10) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(11) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(12) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(13) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

Régime BASE conventionnelle			Remboursement enfant < 16 ans y compris le remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement adulte y compris le remboursement de la Sécurité sociale
Monture			100,00 €	100,00 €
Verre	Avec/Sans Cylindre	Type de verre	Montant en € par verre	
UNIFOCAL	Sphérique	sphère de - 6 à + 6	113,00 €	145,00 €
		sphère < à -6 ou > à + 6	161,50 €	193,50 €
	Sphéro- cylindrique	sphère de - 6 à 0 et cylindre ≤ + 4	113,00 €	160,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 6	113,00 €	160,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 6	113,00 €	161,00 €
		sphère < - 6 et cylindre ≥ + 0,25	145,00 €	215,00 €
		sphère de - 6 à 0 et cylindre > + 4	113,00 €	161,00 €
PROGRESSIF ET MULTIFOCAL	Sphérique	sphère de - 4 à + 4	161,00 €	194,00 €
		sphère < à -4 ou > à + 4	194,00 €	226,00 €
	Sphéro- cylindrique	sphère de - 8 à 0 et cylindre ≤ + 4	161,00 €	242,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 8	161,00 €	242,00 €
		sphère de - 8 à 0 et cylindre > + 4	194,00 €	242,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 8	194,00 €	242,00 €
		sphère < - 8 et cylindre ≥ + 0,25	194,00 €	242,00 €



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181
malakoffhumanis.com



MH-AGCL2003_5302