



CONDITIONS GENERALES N°13624

REGIME CONVENTIONNEL DE FRAIS DE SANTE

**CONVENTIONS COLLECTIVES NATIONALES
DE LA BIJOUTERIE, JOAILLERIE, ORFEVREURIE ET ACTIVITES QUI
S'Y RATTACHENT (IDCC n°567)
ET DE L'HORLOGERIE (IDCC n° 1044)**



PREAMBULE

Dans le cadre de la convention collective nationale de la bijouterie, joaillerie, orfèvrerie et activités qui s'y rattachent du 5 juin 1970, les partenaires sociaux ont mis en place, par accord collectif du 17 juillet 2015, un régime de remboursement complémentaire de « frais de santé » au niveau de la branche. Cet accord a été révisé par les avenants du 9 février 2016, du 13 mars 2017 et du 19 novembre 2019.

Dans le cadre de l'harmonisation conventionnelle des branches à la suite de l'entrée en vigueur de l'arrêté du 16 novembre 2018 portant fusion des champs conventionnels de la bijouterie, joaillerie, orfèvrerie et activités qui s'y rattachent et de l'horlogerie, les partenaires sociaux se sont réunis afin de réviser ces dispositifs et de proposer un régime commun.

L'accord de branche du 27 octobre 2020 révisé ainsi, en s'y substituant, l'ensemble des accords frais de santé préexistant dans les champs de la bijouterie, joaillerie, orfèvrerie et activités qui s'y rattachent, ainsi que dans le champ de l'horlogerie.

Il repose sur des garanties minimales du régime conventionnel obligatoire (base conventionnelle) et un niveau de garanties optionnel, dont la souscription relève du choix de l'entreprise. L'entreprise qui le souhaite peut donc renforcer le socle conventionnel par l'ajout de cette option.

Les salariés y sont alors affiliés à titre obligatoire.

Dans tous les cas, les salariés peuvent étendre leur garantie à leurs ayants droit, à titre facultatif.

Les garanties présentes au tableau annexé au Contrat sont conformes entre autres à la réforme du « Reste à charge 0 », dite « 100% Santé », issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, et en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

Cette réforme a pour objet de fournir aux assurés sociaux des équipements d'optique, dentaires et d'aide auditive, définis réglementairement, intégralement remboursés par la sécurité sociale et les organismes complémentaires.

De même, ces garanties respectent les dispositifs de pratique tarifaire, à savoir, conformément à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale, le montant des prestations garanti au présent contrat varie selon que le médecin a adhéré ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus par la convention nationale médicale.

Les présentes Conditions Générales associées aux Conditions Particulières ou au contrat d'adhésion obligatoirement jointes organisent la mise en œuvre de ce Contrat nommé contrat d'assurance. Ce dispositif peut être complété d'avenants, d'additifs ou de lettres avenant susceptibles de venir les compléter ou en modifier ultérieurement les dispositions.

DEFINITIONS

Assuré : personne physique affiliée au présent contrat appartenant à la catégorie de personne assuré ou ancien salarié bénéficiant de la portabilité. Pour les organismes assureurs relevant du code de la mutualité, l'assuré est un adhérent, membre participant de l'organisme.

Base de remboursement de la Sécurité sociale : Le montant défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.

Bénéficiaires : L'assuré et ses ayants droit peuvent être également dénommés sous le terme générique "bénéficiaire" dans les présentes conditions générales.

Dispositifs De Pratique Tarifaire Maîtrisée :

Conformément à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale, le montant des prestations garanti à votre contrat varie selon que le médecin a adhéré ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus par la convention nationale médicale.

La prise en charge des dépassements tarifaires des médecins non Assurés à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée est plafonnée dans la double limite de :

- 100% du tarif opposable (*) ;
- 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 au moins égal à 20% de la base de remboursement.

(*) Le tarif opposable à retenir est celui figurant sur le décompte de l'Assurance maladie pour l'acte ou la consultation effectué par le médecin non adhérent à un DPTM.

A titre indicatif, les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée incluent à ce jour :

- l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) ;
- l'OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique)

pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens.

Peuvent notamment adhérer à ces options les médecins pratiquant des honoraires non opposables (secteur 2) qui souhaitent s'engager dans une maîtrise de leurs dépassements d'honoraires.

En contrepartie, les soins qu'ils réalisent bénéficient d'un remboursement identique aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1) par l'Assurance maladie obligatoire.

Entreprise : personne morale signataire des Conditions Particulières ou du contrat d'adhésion liés aux présentes Conditions générales.

Forfait actes lourds : pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à la charge du patient est remplacé par une participation forfaitaire.

Les modalités d'application sont expliquées sur le site www.ameli.fr

Forfait hospitalier : Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie.

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

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité : Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité.

Médecin correspondant : dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin correspondant prend en charge, sur demande du médecin traitant, tout ou partie des soins médicaux. Il travaille en concertation avec le médecin traitant.

Médicament générique : un médicament générique est la stricte copie d'un médicament original de marque dont le brevet est tombé dans le domaine public.

Parcours de soins : Passage par un médecin traitant choisi par l'assuré avant de consulter un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins concerne les patients à partir de 16 ans.

Si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant, ou si vous consultez un autre médecin que votre médecin traitant sans être orienté par celui-ci, vous êtes hors du parcours de soins coordonnés et vous serez moins bien remboursé par l'Assurance Maladie. Cependant, certains actes ou soins ne s'intègrent pas au dispositif du parcours de soins coordonnés, vous serez alors remboursé selon les tarifs habituels.

Participation forfaitaire : Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale. Cette participation forfaitaire, à la charge de l'assuré, concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques. La participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'Organisme assureur.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
Son évolution est consultable sur : www.pmss.fr.

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

Le site de l'assurance maladie (www.ameli.fr) vous permet de bénéficier d'un certain nombre de services en ligne (suivre en temps réel et à tout moment le détail de vos remboursements, contacter en ligne votre caisse d'assurance maladie), et d'être informé sur vos droits et démarches ainsi que sur les tarifs pratiqués par les praticiens.

Reste à charge : Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de la Sécurité sociale. Il est constitué :

- du ticket modérateur, étant rappelé que la participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'Organisme assureur,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

Secteur conventionné et secteur non conventionné :

- **Secteur conventionné** : les praticiens peuvent être conventionnés :
 - en **secteur 1** : ils appliquent strictement le tarif résultant de l'accord signé entre les Caisses Nationales d'Assurance Maladie et les représentants des professions concernées par cet accord ;
 - en **secteur 2** : ils sont libres de fixer leurs honoraires.
L'assuré devra alors supporter le dépassement de tarif, la Sécurité sociale ne remboursant que sur la base du tarif de référence.
- **Secteur non conventionné** : les praticiens peuvent être non conventionnés.
Ils n'adhèrent pas à la convention médicale signée avec les Caisses Nationales d'Assurance Maladie. Ils pratiquent des honoraires totalement libres qui ne sont quasiment pas remboursés par la Sécurité sociale.

Souscripteur : personne morale signataire des Conditions Particulières ou du contrat d'adhésion liés aux présentes Conditions générales.

Ticket Modérateur : L'Assurance Maladie rembourse une partie des dépenses de santé. L'autre partie, qui demeure à la charge du patient, est appelée ticket modérateur. Il s'agit de la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale avant application de la participation forfaitaire ou de la franchise qui ne sont pas remboursés par l'Organisme assureur.

TITRE 1 DISPOSITIONS COMMUNES

CHAPITRE - I. OBJET, INTERVENANTS, DATE D'EFFET, DUREE ET RECONDUCTION DU CONTRAT

ARTICLE 1. OBJET

Le contrat conclu entre les parties définies à Article 2 est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire.

Il a pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises dont l'activité relève de la branche des Conventions Collectives citées en préambule et les modalités d'affiliation des salariés et de leurs ayants-droit au régime conventionnel obligatoire.

Il complète les prestations en nature versées par la Sécurité sociale en remboursement, dans la limite des frais réellement engagés, des frais médico-chirurgicaux occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, selon le niveau de garanties retenu par l'entreprise, dont les garanties définies aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion et ce au profit des salariés obligatoirement affiliés au présent contrat.

Outre le remboursement des prestations médico-chirurgicales, les salariés bénéficient du tiers-payant et de l'accès aux œuvres sociales et services éventuellement proposés par l'organisme assureur tel que défini à l'Article 2, auprès duquel ils sont affiliés.

Il se compose de deux parties indissociables :

- les Conditions générales définissant les obligations de chacun ;
- les conditions particulières ou le contrat d'adhésion qui comportent notamment:
 - la date d'effet,
 - la définition de la (ou des) catégorie(s) de personnel assurée(s),
 - la nature et le montant des prestations,
 - les taux de cotisation correspondant aux garanties prévues.

Dès lors que l'entreprise aura souscrit aux garanties collectives obligatoires, elle devra souscrire le contrat collectif à adhésion facultative « régime d'accueil » (organisant le maintien des garanties au titre de l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989) ainsi que le contrat collectif à adhésion facultative « Surcomplémentaire » (organisant l'adhésion facultative des salariés et de leurs ayants droit aux garanties optionnelles si ces dernières n'ont pas été souscrites à titre obligatoire au titre du présent contrat).

Ces trois contrats collectifs constituent l'ensemble contractuel qui met en œuvre le régime frais de santé des Conventions collectives nationales citées en préambule. Ils sont nécessairement liés.

ARTICLE 2. PARTIES AU CONTRAT

Les intervenants au contrat sont :

- d'une part, l'entreprise dont l'activité relève de la branche des Conventions Collectives Nationales citées en préambule, indiquée aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion, et ci-après dénommée « **Entreprise** » ou « **Souscripteur** »;
- et d'autre part, **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale - immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 691 181. Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 PARIS, ci-après dénommée « **l'organisme assureur** »

Malakoff Humanis Prévoyance a été co-recommandé par la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation.

La coordination du dispositif et l'interlocution pour la négociation des conditions du contrat et de son renouvellement est confiée au Groupe VYV, Union mutualiste de Groupe soumise au code de la mutualité, SIREN n° 532661832, ORIAS n° 18001564, 33 avenue du Maine, 75755 Paris Cedex 15.

Malakoff Humanis Prévoyance auprès de qui le contrat a été souscrit est l'interlocuteur unique de l'entreprise et des salariés.

Les salariés sont alors affiliés à titre obligatoire au titre du contrat collectif souscrit, dénommé Contrat.

Outre le remboursement des prestations médico-chirurgicales, Les Assurés bénéficient du tiers-payant et de l'accès aux œuvres sociales et services éventuellement proposés par l'organisme assureur auxquels ils sont affiliés. En complément, Les Assurés pourront bénéficier du Fonds de Solidarité dédié mis en place par les Conventions Collectives Nationales citées en préambule.

ARTICLE 3. VIE DU CONTRAT

Article 3.1. Date d'effet, durée et reconduction

Le Contrat prend effet à la date fixée aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion.

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre suivant la date de sa souscription.

Il est ensuite reconduit tacitement au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre partie selon les modalités définies à l'Article « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

Article 3.2. Révision

Les garanties et les cotisations telles qu'elles sont définies dans le présent contrat ont été établies en application de l'accord du 27/10/2020 aux Conventions Collectives Nationales citées en préambule.

Le présent contrat peut en conséquence être révisé par voie d'avenant dans le cas où le régime complémentaire Frais de santé des Conventions Collectives Nationales venait à évoluer.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation sur le fondement desquelles les garanties du contrat ont été définies, les garanties et/ou les taux de cotisation du contrat peuvent également être révisés par voie d'avenant.

A compter de l'envoi de la notification, l'entreprise a deux mois pour refuser les nouvelles conditions, en adressant sa demande à l'organisme assureur, par l'un des moyens exposés à l'article « Résiliation » ci-après.

Le refus entraîne la résiliation du présent contrat à effet du premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande.

En cas d'absence de refus, dans les conditions de forme susvisées et passé ce délai de deux mois, l'entreprise est réputée avoir accepté les nouvelles conditions.

Article 3.3. Résiliation

Le Contrat peut être résilié :

✧ à la demande du souscripteur :

- tous les ans sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, avant la date d'échéance; (échéance annuelle du 31 décembre),
- à l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter de la prise d'effet du présent contrat, le souscripteur dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que l'organisme assureur en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies au Code de la mutualité ou du Code de la Sécurité Sociale.

Le support de résiliation du souscripteur à l'organisme assureur peut être au choix :

- une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ;
- une lettre simple ou tout autre support durable ;
- une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- un acte extrajudiciaire ;
- lorsque l'organisme assureur propose la souscription par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

L'organisme assureur attestera par écrit la réception de la notification du souscripteur.

✧ En cas de procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire ouverte à l'encontre du souscripteur, les garanties subsistent sous réserve du paiement des cotisations. L'administrateur judiciaire ou le liquidateur peut résilier le contrat par lettre recommandée avec avis de réception ou envoi recommandé électronique.

❖ à la demande de l'organisme assureur:

- tous les ans, par lettre recommandée avec avis de réception sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, avant la date d'échéance (échéance annuelle du 31 décembre)
- à l'issue du délai de préavis de deux mois, lorsque l'entreprise ne relève plus des Conventions Collectives Nationales citées en préambule en raison, notamment, de l'application d'une nouvelle convention collective. En tout état de cause, le contrat pourra être maintenu jusqu'à l'expiration du délai prévu à l'article L 2261-14 du code du travail;
- en cas de non-acceptation par l'entreprise de la révision prévue à l'article « Révision des cotisations » des présentes Conditions Générales ;
- à tout moment à l'issue de la procédure prévue en cas de défaut de paiement des cotisations définie à l'Article 22.1 « Défaut de paiement des cotisations » du Contrat.

Seuls les frais de soins dont la date figurant sur le décompte de la Sécurité Sociale est antérieure à la date d'effet de la résiliation pourront donner lieu à prise en charge.

CHAPITRE - II. ASSURE

ARTICLE 4. ASSURE

Pour l'application du présent contrat, il faut entendre par **Assurés, l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail**, inscrits à l'effectif de l'entreprise à la date de prise d'effet du Contrat, ainsi que ceux embauchés postérieurement, sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général, ou au régime local Alsace Moselle de la Sécurité sociale.

Toutefois, les salariés peuvent être dispensés d'affiliation au contrat et sous réserve des cas de dispense conventionnels et admis par les réglementations sociales et fiscales .

Dès lors que les conditions ayant justifié les dispenses d'affiliation cessent, ou en l'absence de justificatifs, les salariés concernés devront alors être obligatoirement affiliés au contrat, à compter du premier jour du mois civil suivant la modification de leur situation.

L'entreprise s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs satisfaisant aux conditions ci-dessus.

Les salariés engagés postérieurement à la date de prise d'effet du Contrat conclu par l'entreprise sont affiliés dès lors qu'ils répondent aux conditions définies ci-dessus, sous réserve d'avoir été déclarés auprès de l'organisme assureur dans les trois mois suivant la date de leur embauche.

Au-delà de ce délai, les salariés ne sont affiliés qu'à compter de la date de réception de cette déclaration.

ARTICLE 5. AYANTS DROIT

Les ayants droit de l'Assuré tels que définis ci-après peuvent bénéficier de l'adhésion au régime Frais de santé, au même niveau de garanties que l'Assuré, sous réserve d'avoir rempli les formalités d'adhésion requises à l'article « Droits et obligations des Assurés ».

On entend par ayant droit du salarié :

- Le **conjoint** du salarié marié, non séparé de corps judiciairement, à la date de l'événement donnant lieu à prestation.

Est assimilé au conjoint du salarié :

- son **partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)**.

Est considérée comme partenaire de PACS, quel que soit son sexe, la personne ayant conclu avec l'assuré un contrat ayant pour but d'organiser leur vie commune, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code Civil. Les signataires d'un PACS sont désignés par le terme de partenaires.

- son **concubin**.

Est considérée comme concubin la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve qu'une période de vie commune de 1 année puisse être attestée par le biais d'un justificatif (quittance de loyer, facture énergétique notamment) et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée précitée n'est toutefois pas exigée lorsqu'un enfant est né de cette union. L'organisme assureur peut, à tout moment, réclamer les justificatifs actualisés attestant de la vie commune du salarié ;

➤ **Les enfants à charge de l'Assuré, éventuellement de son conjoint, son partenaire de PACS, de son concubin**

Sont considérés comme enfants à charge :

- Les enfants de moins de 18 ans ;
- Les enfants jusqu'au jour de leur 26^{ème} anniversaire satisfaisant au moins l'une des conditions suivantes :
 - s'ils poursuivent leurs études,
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi,
 - ou sont sous contrat d'apprentissage,
 - ou s'ils exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel.
- Les enfants, quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires d'une carte invalidité ou d'une carte mobilité portant la mention « invalidité » inclusion prévue à l'article L241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, ou la mention « stationnement pour personne handicapée » ou la mention « priorité », ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (Allocation d'Enfant Handicapé ou d'Adulte Handicapé).

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès de l'assuré sont considérés comme à charge.

Le nouveau-né ou l'enfant adopté est garanti dès le jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande soit adressée à l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent l'évènement.

CHAPITRE - III. OBLIGATIONS DES PARTIES

ARTICLE 6. OBLIGATIONS DES PARTIES

Article 6.1. Obligations de l'Entreprise

Ouverture des droits

Afin de mettre en œuvre les garanties définies aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion, l'entreprise doit adresser à l'organisme assureur les pièces suivantes :

Lors de la souscription

- ✓ une demande d'Adhésion complétée, datée et signée par la personne dûment habilitée à représenter l'entreprise.
- ✓ un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par chaque salarié accompagné de toute autre pièce mentionnée dans ce document et adressé par le souscripteur à l'organisme assureur dans le mois de l'embauche. L'affiliation peut être confirmée par la DSN ou par tout autre document nominatif pouvant attester le nombre de salariés affiliés au contrat.
- ✓ une liste, indiquant les nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale et domicile des Assurés, ainsi que la date d'embauche au sein de l'entreprise, ou une photocopie de la DADS ou tout autre document nominatif pouvant attester du nombre exact de salariés visés au contrat

En cours d'exercice

- ✓ Entrée de nouveaux salariés
un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par chaque salarié
- ✓ Sortie des salariés
un état mensuel nominatif du personnel sorti des effectifs avec la date de départ et le motif associé. La radiation peut en outre être confirmée par la DSN ou par tout autre document nominatif pouvant attester le nombre de salariés affiliés au contrat.

Ces états doivent être transmis dès que possible et au plus tard dans les trois mois suivant l'évènement.

Changement d'activité

Dans le cas où l'entreprise change d'activité et ne relève plus des Conventions Collectives Nationales citées en préambule celle-ci devra le notifier à l'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard **deux mois** après ledit changement. Les organismes assureurs se réservent la possibilité de résilier le contrat selon les modalités prévues à l'Article « Résiliation » des présentes Conditions Générales.

Information des Assurés

Le souscripteur du contrat s'engage à remettre à chaque Assuré la notice d'information en vigueur établie par l'organisme assureur. Ce document définit les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à remplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des exclusions, des limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Assurés, l'entreprise est également tenue de les en informer en leur remettant une notice dûment actualisée (ou un additif) ainsi qu'un document explicatif sur les modifications apportées à leurs droits et obligations.

La preuve de la remise de la notice d'information à l'Assuré et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe à l'entreprise.

Article 6.2. Droits et obligations des Assurés

L'affiliation de l'assuré ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Affiliation qui lui est remis, via l'entreprise, par l'organisme assureur.

En outre, chaque assuré est tenu, pour bénéficier des prestations définies au Contrat, de fournir à l'organisme assureur toute déclaration et justificatifs nécessaires, tels qu'ils sont précisés dans la notice d'information, notamment son attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) et un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

Le bénéfice des garanties débute pour un assuré:

- ✓ **soit à la prise d'effet du Contrat, dès lors qu'il est assuré de l'entreprise à cette date;**
- ✓ **soit à compter de la date à laquelle il répond aux conditions définies au chapitre II des présentes Conditions Générales, lorsqu'il est embauché postérieurement à la date d'effet du Contrat, sous réserve d'avoir été déclaré auprès de l'organisme assureur dans les trois mois. Passé ce délai, les garanties ne prendront effet qu'à la date de réception par l'organisme assureur de la déclaration d'affiliation par l'entreprise.**

Le salarié, au jour de la prise d'effet du contrat ou de son adhésion, exprime librement sa volonté d'affilier ses ayants droit, sous réserve d'en formuler la demande, dans les six mois qui suivent :

- la date de prise d'effet du Contrat, s'il est inscrit aux effectifs du souscripteur,
- la date de son embauche, si l'assuré est embauché postérieurement à la prise d'effet du Contrat,
- un **changement de situation familiale**,
- un **changement de situation professionnelle du conjoint** (embauche, cessation du contrat de travail) ayant pour conséquence selon le cas, soit qu'il cesse d'être couvert, soit qu'il soit dans l'obligation d'être couvert, par le régime frais de santé mis en place au sein de son entreprise

L'affiliation est formalisée par un bulletin d'adhésion dûment complété et signé par l'Assuré, le bulletin devant être remis à l'organisme assureur par l'intermédiaire de l'entreprise ou directement adressé à l'organisme assureur le cas échéant.

Ce choix est par principe définitif. Néanmoins par exception à ce principe, et sous réserve de l'acceptation de l'organisme assureur matérialisée par l'émission d'un nouveau bulletin d'affiliation à l'assuré un nouveau choix peut être admis, à tout moment au cours de l'exercice annuel au cours duquel survient un changement de situation de famille ou un changement de situation professionnelle du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin dûment justifié. Toute modification intervenant dans la situation familiale de l'assuré doit être formulée par écrit, en complétant un autre Bulletin Individuel, à l'organisme assureur par le biais de l'entreprise. Ces modifications prennent effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande par l'organisme assureur.

En tout état de cause, seuls les frais faisant l'objet d'un remboursement au titre des garanties du contrat et dont la date de soins est postérieure à la date de prise d'effet du Contrat donnent lieu à prise en charge au titre du Contrat et ce, à hauteur des garanties couvertes.

L'organisme assureur se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire.

ARTICLE 7. DROITS ET OBLIGATIONS DES AYANTS DROIT

DENONCIATION DE L'ADHESION

L'assuré peut demander à dénoncer l'adhésion d'un ou plusieurs ayants droit au présent Contrat, en adressant à l'organisme assureur une demande de résiliation par lettre recommandée ou recommandé électronique avec avis de réception **au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours**.

Cependant, **en cas de changement de situation de famille**, l'Assuré a la possibilité de dénoncer l'adhésion de ses ayants droit au présent Contrat, pour les mêmes motifs que ceux lui permettant d'adhérer en cours d'année.

La demande de l'assuré doit être adressée à l'organisme assureur dans les **deux mois suivant la survenance de l'événement**, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

La dénonciation prendra alors effet rétroactivement à la date de l'événement.

A titre dérogatoire, la dénonciation de l'adhésion des ayants droit sera acceptée en dehors de l'échéance annuelle du 31 décembre, dans le cas où ces derniers se trouvent dans l'obligation d'être affiliés à un contrat « frais de santé » dans le cadre d'un régime obligatoire d'entreprise. Sous réserve de fournir une attestation de couverture obligatoire établie par l'assureur, la dénonciation prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant de la réception de la demande par l'organisme assureur.

Sous réserve que le présent contrat soit toujours en vigueur, une nouvelle adhésion pourra être acceptée par l'organisme assureur en cas de changement de situation de famille ou de situation professionnelle du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin dûment justifié.

ARTICLE 8. MODIFICATION DANS LE CHOIX DES GARANTIES PAR L'ENTREPRISE

Les entreprises qui ont choisi de compléter les garanties du régime conventionnel de base par l'option à titre obligatoire, peuvent effectuer des changements dans leur choix aux conditions suivantes :

- ✓ Sous réserve d'en aviser l'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception, au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, ce changement sera alors effectif à partir du 1^{er} janvier suivant et sous réserve de l'accord de l'organisme assureur matérialisé par l'émission d'un avenant ou de nouvelles conditions particulières.
- ✓ Le changement de formule s'applique pour douze mois minimum à tous les salariés.

CHAPITRE - IV. SUSPENSION, MAINTIEN ET CESSATION DES GARANTIES

ARTICLE 9. CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Article 9.1. Cas de suspension de contrat de travail indemnisé

Le bénéficiaire du régime complémentaire santé est maintenu au profit des salariés et, le cas échéant, des ayants droit, en cas de suspension de leur contrat de travail, qu'elle qu'en soit la cause, donnant lieu à dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, de rémunération par l'employeur (salaire ou revenu de remplacement, à la charge de l'employeur), ou à indemnisation d'indemnités journalières complémentaires (indemnités journalières) financées au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Cette contribution suivra les mêmes évolutions que celle des actifs, le cas échéant.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de la cotisation, l'employeur opérant le précompte de cette part de cotisation à la charge du salarié sur la rémunération maintenue.

Article 9.2. Cas de suspension de contrat de travail non indemnisé

En cas de suspension du contrat de travail du salarié ne donnant lieu ni à maintien total ou partiel de salaire par l'employeur, ni à indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur et versée directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, les garanties du salarié et de ses éventuels ayants droit couverts sont suspendues de plein droit.

Il en est ainsi notamment en cas de :

- congé sabbatique ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé parental d'éducation ;
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité ;
- congé du proche aidant ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié ;

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail n'ouvrant droit ni à maintien total ou partiel de rémunération ni à indemnisation complémentaire de l'employeur financée au moins pour partie par ce dernier.

Elle s'achève dès la reprise effective du travail par le salarié, sous réserve que l'organisme assureur en soit informée dans un délai de trois (3) mois suivant la reprise, faute de quoi la date de remise en vigueur des garanties pour le salarié et ses éventuels ayants droit, sera la date à laquelle l'organisme assureur aura été informé de la reprise effective du travail.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné et de ses éventuels ayants droit, et les frais médicaux engagés durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

Les salariés pourront toutefois demander le maintien de leurs garanties pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de la cotisation correspondante en totalité (part patronale et part salariale).

Le montant de la cotisation, dans ce cas, est identique à celle prévue pour les salariés actifs. Elle suivra les mêmes évolutions, le cas échéant.

Article 9.3. Maintien des garanties à titre facultatif

Ces Assurés dont la période de suspension du contrat de travail n'est pas indemnisée dans les conditions décrites ci-dessus, peuvent toutefois bénéficier, à titre **facultatif**, du maintien des garanties décrites dans le Contrat, dans les conditions définies ci-après, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation.

La demande de maintien doit être faite par écrit auprès de l'organisme assureur au plus tard dans le mois suivant la date du début de suspension du contrat de travail.

Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive de la demande.

1) Prise d'effet du maintien des garanties

Les garanties prennent effet au plus tôt le premier jour de la suspension du contrat de travail si la demande a été formulée antérieurement à celle-ci. Dans les autres cas, elles prendront effet le premier jour du mois suivant la réception de la demande, sous réserve que l'assuré n'y ait pas renoncé dans les 30 jours suivant la suspension et au plus tard, le premier jour du mois suivant la demande.

2) Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- ✓ à la date de fin de la suspension du contrat de travail de l'Assuré,
- ✓ à l'issue de la procédure en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe 4) ci-après,
- ✓ à la date de résiliation de l'adhésion individuelle par l'Assuré, opérée par lettre recommandée avec avis de réception, adressée à l'organisme assureur au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, étant précisé que cette résiliation est définitive,
- ✓ à l'expiration du délai d'adhésion minimal de 12 mois, l'Assuré dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que l'organisme assureur en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies aux codes de la mutualité et de la sécurité sociale.

Le support de résiliation de l'assuré à l'organisme assureur peut être au choix :

- une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ;
- une lettre simple ou tout autre support durable ;
- une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- un acte extrajudiciaire ;
- lorsque l'organisme assureur propose l'adhésion au contrat par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

L'organisme assureur attestera par écrit la réception de la notification de l'Assuré.

- ✓ à la date de liquidation de la pension de retraite de la Sécurité sociale, sauf situation de cumul emploi retraite prévue par la législation en vigueur,
- ✓ à la date d'effet de la résiliation du présent Contrat,
- ✓ à la date de cessation du contrat de travail (correspondant au terme du préavis effectué ou non),
- ✓ et, en tout état de cause, au jour du décès de l'Assuré, sous réserve des dispositions de l'Article 10.1 « anciens salariés : retraités, anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'un revenu de remplacement et ayants-droit d'un assuré décédé ».

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date de soins est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties, pourront donner lieu à prise en charge.

Les garanties et prestations sont identiques à celles des actifs et figurent aux conditions particulières ou au contrat d'adhésion obligatoirement joints aux présentes Conditions Générales.

La cessation des garanties entraîne, à la même date, la cessation des garanties mises en œuvre au profit des ayants droit.

3) Cotisations

Les cotisations des Assurés en suspension de contrat de travail sont identiques à celles des salariés actifs (part patronale et part salariale) sachant qu'elles sont **intégralement à leur charge**.

Les cotisations sont payables par les Assurés mensuellement d'avance, par prélèvement sur leur compte bancaire par l'organisme assureur ou par virement.

4) Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, l'assuré qui ne paie pas sa cotisation peut être exclu.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'assuré est informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner l'exclusion de ses ayants droit des garanties définies au présent Contrat.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

ARTICLE 10. CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Article 10.1. Anciens salariés : retraités, anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'un revenu de remplacement et ayants-droit d'un Assuré décédé

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989, peuvent dans les cas visés ci- après demander le maintien auprès de l'organisme assureur de la couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- les anciens assurés salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivants l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient de la portabilité des droits définie à l'article Portabilité ;
- les personnes garanties du chef de l'assuré salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif, l'organisme assureur peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux, sous réserve que le salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat.

Une proposition de maintien des garanties est adressée par l'organisme assureur aux anciens salariés visés à l'article 4 de la loi « Evin » et le cas échéant, aux personnes garanties du chef du salarié décédé, au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail, de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité ou dans les deux mois suivant le décès du salarié (à condition que l'entreprise ait informé l'organisme assureur en temps utiles).

Les organismes assureurs doivent, en conséquence, être informés du décès ou de la cessation du contrat de travail par l'employeur, dans les meilleurs délais.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande.

Sous réserve du respect des délais de formulation des demandes de maintien exposées ci-avant, les garanties prennent effet le lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail ou du décès de l'assuré.

La cotisation sera, au titre du maintien des garanties de l'article 4 de la loi Evin, intégralement à la charge de l'ancien salarié ou de l'ayant-droit du salarié décédé.

Les ayants droit de l'assuré ancien salarié peuvent également adhérer à titre facultatif au régime d'accueil.

Article 10.2. Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par Pôle emploi (Portabilité)

Les dispositions de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale imposent au souscripteur de proposer un maintien des garanties du contrat aux salariés relevant de la catégorie éligible dont la rupture du contrat de travail ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage. A compter de cette rupture, la durée du maintien de garantie doit être égale à celle du dernier contrat de travail et ce dans une limite maximale de 12 mois.

Afin de permettre le respect des dispositions légales susmentionnées, les anciens salariés bénéficiaires peuvent rester assurés au Contrat durant le temps de leur droit à portabilité. La garantie pour les anciens salariés bénéficiaires est maintenue dans le cadre d'un système de mutualisation avec les cotisations des salariés au Contrat. Le système de mutualisation conduit à n'appeler aucune cotisation auprès des anciens salariés bénéficiaires durant leur période de maintien. A l'expiration de la période convenue de portabilité, l'organisme assureur procédera à la résiliation de l'assuré. Cette résiliation interviendra le 1er jour du mois civil suivant la date de cessation du droit.

En cas de perte anticipée du droit à portabilité, l'organisme assureur procédera, sur demande, à la résiliation de l'assuré. Cette résiliation interviendra le 1er jour du mois civil suivant la date de réception de la demande.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

L'employeur doit signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur dont relève le salarié de la cessation du contrat de travail.

Article 10.3. Articulation entre les modalités de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale et celles de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (Loi « Evin »)

Les anciens salariés visés à l'article 4 de la loi n°89-1009 précité qui sont privés d'emploi et bénéficiaires d'un revenu de remplacement, peuvent bénéficier du maintien de leur garanties dans les conditions prévues au présent contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les **six mois** qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou le cas échéant, dans les **six mois** suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien des garanties au titre de la portabilité, en application de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 11. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du présent Contrat cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à Article 22.1 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes Conditions Générales ;
- pour les ayants droit, dès lors qu'ils ne répondent plus à la qualité d'ayant droit telle que définie aux présentes conditions générales ;
- à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale de l'assuré, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur (sous réserve du bénéfice de l'Article 10.1
- la date de cessation du contrat de travail de l'assuré (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits telles que prévues à l'Article 10.2
- au jour du décès de l'assuré, sous réserve des dispositions de l'article 4 de la loi Evin, en ce qui concerne les ayants droit garantis du chef de l'assuré décédé;
- à la date de résiliation de l'adhésion de l'entreprise,
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du Contrat.

La cessation des garanties mise en œuvre au bénéfice de l'assuré entraîne, à la même date, la cessation des garanties mise en œuvre au profit de ses ayants droit.

Seuls les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins telle que figurant sur les décomptes de Sécurité sociale est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties, pourront être pris en charge.

CHAPITRE - V. ETENDUE DES GARANTIES

ARTICLE 12. NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS

On entend par **frais médico-chirurgicaux** ceux reconnus comme tels par la Sécurité sociale.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou ne figurant pas dans la nomenclature de la Sécurité sociale ne donneront lieu à aucun remboursement au titre du Contrat, sauf dérogations expressément indiquées dans le tableau des garanties prévu dans les conditions particulières ou du contrat d'adhésion (s'agissant en tout état de cause de spécialités ou actes à caractère thérapeutique, non liés au confort ou à l'esthétique).

ARTICLE 13. DISPOSITIF CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Article 13.1. Cadre règlementaire

Ce contrat entre dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'assuré ou à ses ayants droit ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

En aucun cas les termes du contrat ne peuvent contrevenir aux règles des contrats responsables. En cas de contradiction, les règles du contrat responsable, y compris dans de futures dispositions légales et réglementaires, priment sur les présentes dispositions.

Article 13.2. Niveaux de couverture

Dans le respect des dispositions ci-dessus, le contrat prend en charge :

- 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 médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie,
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R. 160-16 I du Code de la sécurité sociale,
- du forfait journalier des établissements hospitaliers mentionné à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée,

Le montant des prestations garanti au présent Contrat varie selon que le médecin a adhéré ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus par la convention nationale médicale. La prise en charge des dépassements tarifaires des médecins non Assurés à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée est plafonnée dans la double limite de 100 % du tarif opposable et du montant pris en charge par le contrat pour les dépassements des médecins ayant adhéré au DPTM, minoré d'un montant au moins égal à 20 % de la base de remboursement.

Trois paniers de soins prothétiques concernant le dentaire 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.

Concernant l'optique :

- Les équipements optiques de classe A (« Reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP sont sans reste à charge pour l'assuré après l'intervention combinée de l'Assurance maladie obligatoire et du contrat de complémentaire santé responsable. Ces équipements sont remboursés à hauteur des frais réels engagés dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé » ;
- les équipements optiques de classe B (« à tarifs libres ») sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur. La prise en charge au-delà de ce ticket est effectuée dans le respect des planchers et plafonds prévus à l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale et dans les limites des garanties mentionnées dans les tableaux de prestations.

Concernant les équipements auditifs :

- les équipements auditifs de « classe I » sans reste à charge tels que définis dans la LPP sont remboursés au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur des frais réels engagés sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé ;
- les équipements auditifs de « classe II » sont remboursés au minimum à hauteur du ticket modérateur. La prise en charge au-delà de ce ticket est effectuée dans le respect des plafonds prévus à l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale et dans les limites des garanties mentionnées dans les tableaux de prestations.

Si parmi les assurés affiliés au contrat, certains relèvent du régime local Alsace Moselle, les organismes assureurs tiendront compte des dispositions spécifiques prévues pour cette zone géographique, ceci afin que tout assuré bénéficie du même niveau global de remboursement et que la prise en charge par l'organisme assureur ne puisse conduire à une indemnisation totale excédant le montant des frais exposés.

Le contrat ne prend pas en charge :

- **la majoration de la participation de l'assuré à défaut de choix d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin hors parcours de soins,**
- **les dépassements d'honoraires des spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant,**
- **la participation forfaitaire de 1€ par consultation, acte médical ou de biologie prévue au II de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale,**
- **les franchises médicales définies au paragraphe III de l'article L 160-13 du Code de la Sécurité sociale.**

CHAPITRE - VI. MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le contrat intervient en complément du régime obligatoire de base de la Sécurité sociale et de la base conventionnelle si une surcomplémentaire à titre obligatoire est souscrite en sus par l'entreprise.

Pour le conjoint travailleur non salarié, les remboursements sont effectués sur les mêmes bases que ceux dont bénéficient les assurés du Contrat.

ARTICLE 14. MONTANTS RETENUS

Prestation exprimée en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale

Lorsque la prestation est exprimée en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale, le plafond retenu est celui en vigueur à la date de survenance de la dépense ou de l'événement.

Montants des frais réels retenus

Les montants des frais réellement engagés retenus par les organismes assureurs sont égaux :

- ✓ aux montants indiqués sur les décomptes originaux de remboursements de la Sécurité sociale,
- ✓ à défaut, aux montants indiqués par le praticien sur la feuille de soins destinée à la Sécurité sociale,
- ✓ à défaut, aux montants résultant de l'application de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Maternité

Les frais médico-chirurgicaux engagés (examens prénataux, examens postnataux, frais d'accouchement, surveillance médicale de l'enfant) à l'occasion de la maternité de l'assuré, sont pris en charge dans les conditions indiquées dans le tableau des garanties prévu aux Conditions Particulières ou au contrat d'adhésion.

Les soins et frais indemnisés au titre de l'assurance Maternité intervenant durant la période comprise entre le 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et 12 jours après l'accouchement sont garantis par extension des risques médico-chirurgicaux.

Sont couverts à ce titre les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareillage, d'hospitalisation (à l'exception de la chambre particulière, sauf disposition spécifique prévue au tableau de garanties), l'ensemble des frais d'analyses et d'examen en laboratoire, frais d'optique et prothèses dentaires.

ARTICLE 15. DISPOSITION POUR LES DEPARTEMENTS DU BAS RHIN, DU HAUT RHIN ET DE LA MOSELLE

Si parmi les assurés affiliés au Contrat, certains relèvent du régime local Alsace Moselle, les organismes assureurs tiendront compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité sociale pour cette zone géographique.

ARTICLE 16. FORMALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont traitées :

- par échange NOEMIE (télétransmission), sauf opposition écrite de l'assuré ;
- sur présentation du décompte établi par la Sécurité sociale.

La demande doit être accompagnée des pièces et des justificatifs originaux (note d'honoraires ; facture originale détaillée établie sur papier à entête du praticien ou de l'établissement revêtue de sa signature et portant mention des nom, prénom de l'Assuré; décomptes originaux des règlements du régime obligatoire de la Sécurité sociale).

Pour les actes ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale, l'assuré devra adresser à l'organisme assureur les originaux des factures et notes d'honoraires acquittés.

Lors de l'affiliation, l'assuré fournit un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.

Ces pièces sont conservées par les organismes assureurs qui sont en droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire.

Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai de deux ans, lequel commence à courir à partir de la date du décompte de la Sécurité sociale, date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations.

ARTICLE 17. DELAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties sont servies dans un délai maximum de **quarante-huit heures** en échange NOEMIE ou de **cinq jours ouvrés** à réception des décomptes et des pièces nécessaires à la constitution du dossier et des éventuels renseignements complémentaires demandés par les organismes assureurs, hors flux NOEMIE.

Les prestations sont versées soit directement aux assurés (par virement sur compte bancaire), soit aux professionnels de santé si l'assuré a fait usage du tiers payant.

ARTICLE 18. PRINCIPE INDEMNITAIRE

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 les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du Contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Le conjoint salarié bénéficiant d'une couverture frais médicaux au sein de son entreprise et couvert par le présent contrat en tant qu'ayant droit a la possibilité de faire intervenir les deux organismes assureurs dans l'ordre de son choix.

Le premier organisme assureur consulté interviendra dans la limite des frais réels et des dispositions prévues à son contrat. Si après cela, un reste à charge demeure, le deuxième organisme assureur interviendra dans la limite du reste à charge et de la garantie prévue à son contrat.

Lorsque deux conjoints sont salariés de l'entreprise souscriptrice du Contrat objet des présentes Conditions Générales, si le contrat prévoit la couverture du conjoint en tant qu'ayant droit, chacun peut prétendre pour lui-même et ses enfants à charge, à un complément de remboursement comme ayant droit de son conjoint, dans la limite des frais réels engagés.

ARTICLE 19. PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du bénéficiaire, que du jour où les organismes assureurs en ont eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du bénéficiaire contre les organismes assureurs 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 le bénéficiaire ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par le bénéficiaire ou par l'organisme assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception adressée par l'organisme assureur à l'entreprise, ou au bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'entreprise, le bénéficiaire à l'organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

CHAPITRE - VII. COTISATIONS

ARTICLE 20. ASSIETTES, STRUCTURES ET MODALITES DE REVISION DES COTISATIONS

Article 20.1. Assiette des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de leur exigibilité.

Celles-ci augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

Article 20.2. Structures de cotisations

Une structure de cotisation « Salarié », « Conjoint » ou « Enfant » est retenue.

Cotisation « salarié » : structure de cotisation qui couvre uniquement le salarié

Cotisation « conjoint » : structure de cotisation qui couvre le conjoint du salarié tel que défini à l'article « ayants droit » .

Cotisation « enfant » : structure de cotisation qui couvre l'enfant à charge tel que défini à l'article « ayants droit » . La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant à charge

Article 20.3. Révision des cotisations

Il est convenu entre les partenaires sociaux de la branche signataires de l'accord et les organismes assureurs de gérer les paramètres du régime complémentaire afin qu'il reste à l'équilibre.

On entend par équilibre un ratio prestations dues au titre d'une année civile (prestations versées dans l'année, y compris les variations de provisions pour sinistre à payer) sur les cotisations perçues au titre de cette même année (nettes d'indemnités de gestion et de la TSA dite « taxe de solidarité additionnelle »), inférieur ou égal à 1.

Lorsque le risque se trouve aggravé du fait d'une sinistralité importante enregistrée au cours de l'année civile écoulée, outre un ajustement des prestations, les organismes assureurs peuvent proposer les mesures à prendre pour restaurer l'équilibre du contrat par la mise en place d'un nouveau taux de cotisation.

Ces mesures seront formalisées par voie d'avenant au contrat.

ARTICLE 21. PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 21.1. Par l'Entreprise

Les cotisations sont payées trimestriellement à terme échu par l'entreprise directement à l'organisme assureur, au plus tard dans les **dix jours** qui suivent la fin du trimestre civil.

Le calcul de chaque versement trimestriel est effectué à partir de l'effectif assuré au cours du trimestre au titre duquel les cotisations sont dues.

Il est précisé que pour les assurés exerçant leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

L'entreprise assure le précompte des cotisations et est **seule responsable du paiement en totalité des cotisations afférentes à leurs salariés, y compris des parts salariales précomptées sur le salaire des Assurés.**

Article 21.2. Régularisation

A partir de l'état nominatif trimestriel ou le cas échéant annuel, des Assurés, l'organisme assureur établit un document d'ajustement du paiement des cotisations qu'il adresse à l'entreprise. Les parties s'engagent à régulariser le compte dans un délai d'un mois à compter de la production du document d'ajustement.

Remarque :

En cas d'affiliation d'un Assuré, en cours de mois, conformément aux dispositions du chapitre II, elle est prise en compte à compter du 1^{er} jour du mois en cours. Le paiement de la cotisation correspondante sera dû à compter de la même date.

Pour toute radiation d'un Assuré, en cours de mois, la cotisation est due pour le mois en cours sauf en cas de décès, l'organisme assureur rembourse à l'entreprise la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

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.

Article 21.3. Par l'Assuré

Les cotisations afférentes à l'adhésion, le cas échéant des ayants droit de l'Assuré, sont payables par l'assuré, mensuellement, au terme prévu dans le document formalisant l'acceptation expresse de l'adhésion par l'organisme assureur.

Le paiement est effectué par prélèvement sur son compte bancaire par l'organisme assureur ou par virement.

Remarque :

En cas d'adhésion d'un ayant droit, en cours de mois, conformément aux dispositions du chapitre II, elle est prise en compte à compter du 1^{er} jour du mois en cours. Le paiement de la cotisation correspondante sera dû à compter de la même date.

Pour toute radiation d'un ayant droit, en cours de mois, la partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'assuré .

ARTICLE 22. DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 22.1. Défaut de paiement des cotisations par l'Entreprise

A défaut de paiement des cotisations dans les dix jours suivant l'échéance l'organisme assureur adresse une lettre de mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception.

Dans cette lettre de mise en demeure, l'organisme assureur informe l'employeur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

En cas de non-paiement des cotisations, trente jours après l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet, l'organisme assureur se réserve le droit de suspendre les garanties, la résiliation intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure. Les salariés sont informés individuellement par courrier de cette procédure en cours.

Article 22.2. Défaut de paiement des cotisations par l'Assuré au titre de l'adhésion facultative

Le présent paragraphe concerne les adhésions facultatives des éventuels ayants droit de l'assuré qui ont souhaité bénéficier du régime, dans le cadre des dispositions prévues par le Contrat ou de l'assuré en suspension de contrat de travail non indemnisé qui a souhaité maintenir ses garanties.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, l'assuré qui ne paie pas sa cotisation peut être exclu.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'assuré est informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner l'exclusion de ses ayants droit des garanties définies au présent Contrat.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

La cessation des garanties mise en œuvre au bénéfice de l'assuré entraîne, à la même date, la cessation des garanties mise en œuvre au profit de ses ayants droit.

TITRE 3 AUTRES DISPOSITIONS

ARTICLE 23. DECLARATION ET APPRECIATION DU RISQUE

Les déclarations faites, tant par l'entreprise que par l'Assuré, servent de base à la garantie. L'organisme assureur se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées, l'exactitude des documents produits tant au moment de la souscription, du versement des cotisations qu'au moment du versement des prestations, notamment par la consultation du registre du personnel et des écritures comptables.

ARTICLE 24. RECOURS SUBROGATOIRE

L'organisme assureur est subrogée de plein droit à l'assuré ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par l'organisme, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

ARTICLE 25. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier 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 et les bénéficiaires sont informés par «Malakoff Humanis Prévoyance », ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- 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 Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- 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 et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'assuré et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires 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, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis 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.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires font l'objet d'un traitement dans le respect des règles de confidentialité et peuvent à cet effet être destinées au Service médical de Malakoff Humanis 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.

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

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur Sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis 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 et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. 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 Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis 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.

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent 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.

Ces droits peuvent être exercés 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 réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son 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.

L'assuré et les bénéficiaires disposent 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.

ARTICLE 26. RECLAMATION ET LITIGE / MEDIATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée comme suit :

- pour le souscripteur : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance – 78288 Guyancourt Cedex,
- pour les assurés et les bénéficiaires : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.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, le souscripteur, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

ARTICLE 27. TERRITORIALITE

Les garanties ne sont acquises qu'aux Assurés affiliés au régime de Sécurité sociale français. Les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger, y compris dans le cas d'une hospitalisation, sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. Les prestations de l'organisme assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et sont payées en euros.

Les assurés garantis exercent leur activité dans le champ d'application des Conventions Collectives Nationales citées en préambule.

ARTICLE 28. ORGANISME DE CONTROLE DES ORGANISMES ASSUREURS

Le présent contrat est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), située 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

SERVICES

Assistance

Le contrat complémentaire collectif à adhésion obligatoire ouvre droit aux garanties d'assistance santé, assurées par AUXIA Assistance, sous réserve de respecter les dispositions prévues aux conditions générales d'application des garanties d'assistance. L'assistance santé apporte tous les services qui permettent de rétablir l'organisation normale d'une vie familiale perturbée, de manière imprévisible par une maladie, une hospitalisation, un accident ou un décès. Elle prévoit de mettre en place une aide temporaire, immédiate et adaptée. Le détail des prestations d'assistance est prévu à la notice d'information de l'assureur, jointe au contrat.

Devis conseil

Afin de réduire le reste à charge des bénéficiaires, l'organisme assureur propose un service d'analyse des devis établis préalablement aux soins par le praticien, notamment pour les frais d'optique, prothèses dentaires, dépassements d'honoraires et chambres particulières, dès lors que les dépenses envisagées dépassent les montants définis comme suit :

- **optique** : 500 euros en cas d'achat hors tiers payant,
- **dentaire** : 700 euros pour les soins prothétiques, 800 euros en orthodontie et 2000 euros en implantologie,
- **dépassements d'honoraires** : 300 % de la base de remboursement Sécurité sociale,
- **chambre particulière et frais de séjour hors convention** : 100 euros par jour. Aucun accord préalable n'est à demander en cas d'hospitalisation à la suite d'une urgence justifiée médicalement, la chambre particulière n'étant pas dans ce cas facturable.

Pour bénéficier de ce service, l'assuré peut imprimer des modèles de devis sur le site internet www.malakoffhumanis.com ou utiliser le formulaire fourni par le professionnel de santé. Les devis doivent être retournés signés à l'adresse suivante :

Le service Malakoff Humanis Devis Conseil
21 rue Laffitte
75317 PARIS cedex 09

A réception du devis, l'organisme assureur estimera le montant pris en charge, le reste à charge pour l'assuré, ainsi que, le cas échéant, une indication du positionnement tarifaire du devis au regard des tarifs habituellement pratiqués dans la région.

Aucune demande de devis n'est à adresser si l'assuré fait appel à un praticien ou à un établissement appartenant à un des réseaux de soins de l'organisme assureur. Il en serait de même si l'organisme assureur devait mettre en place de nouveaux réseaux.

Réseau de professionnels de santé

L'organisme assureur peut passer des conventions particulières avec les praticiens et les établissements de santé. L'organisme assureur a notamment conclu un accord auprès d'opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes constituant un réseau pouvant permettre aux bénéficiaires de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses y sont engagées. En outre, les bénéficiaires profitent des tarifs négociés sur la chambre particulière au sein du réseau des hôpitaux adhérents au conventionnement hospitalier mutualiste.

La liste des professionnels de santé appartenant aux réseaux de l'organisme assureur est disponible sur notre site internet www.malakoffhumanis.com.

En tout état de cause, les bénéficiaires conservent le libre choix de leur praticien.

Tableau de bord santé

Un service innovant pour piloter le budget santé et optimiser les dépenses de soins des assurés.

L'assuré dispose d'un service complet d'analyse de ses dépenses de santé, assorti de conseils pour les optimiser, réduire les frais à sa charge et l'orienter vers une offre de soins de qualité au meilleur coût.

Accessible sur le site www.malakoffhumanis.com dans son espace client via la rubrique « mon compte », le Tableau de bord santé personnel offre une vue synthétique et pédagogique sur :

- **l'historique des remboursements** :

Chaque acte remboursé est détaillé avec le rappel de la date des soins, le bénéficiaire concerné, la nature de l'acte, les montants pris en charge par la Sécurité sociale et l'organisme assureur et le reste à charge éventuel.

- **l'analyse détaillée des dépenses de santé sur les douze derniers mois** :

Vue synthétique et graphique par catégorie de soins (médecine de ville, hospitalisation, pharmacie, optique, dentaire), par bénéficiaire et par type de prise en charge.

- **des conseils pour optimiser les dépenses de santé futures** en utilisant les services d'orientation selon les besoins de l'assuré :

Réseaux de soins, Devis conseil, comparateur des hôpitaux, centres de santé partenaires, centres ophtalmologiques POINT VISION.

- **un mémo de prévention santé, personnalisé** :

Rappels des actions de prévention utiles pour préserver le capital santé selon le profil de chaque bénéficiaire.

L'accompagnement social est à vos côtés

L'accompagnement social Malakoff Humanis soutient l'entreprise autour de 5 thématiques : handicap, aidants, cancer, bien vieillir et fragilités sociales.

Pour en savoir plus sur la réglementation, les aménagements possibles, les impacts dans l'entreprise et auprès des autres collaborateurs... des webinaires et des ateliers en présentiel, inter ou intra entreprises, peuvent être mis en place sur de nombreuses thématiques : Handicap en entreprise, Réglementation cancer & travail, Burn out des aidants, Santé mentale en entreprise...

Ces services sont proposés à l'issue d'une première phase de diagnostic, dans le cadre d'un plan d'action défini avec votre expert accompagnement social, n'hésitez pas à le contacter.



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

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

Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris

N° SIREN 775 691 181