

CCN des Géomètres Experts

Notice d'information santé

Edition janvier 2020

Garanties frais de santé

Référence : NI-CCN Géomètres Experts FS Socle-2018

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de prévoyance auquel il a adhéré auprès de Malakoff Humanis Prévoyance en application de la Convention collective de notre profession.

A _____ le _____
Signature

SOMMAIRE

SOMMAIRE	4
PREAMBULE.....	5
▶ Modalités d'affiliation	5
▶ Bénéficiaires.....	5
GARANTIES FRAIS DE SANTE	7
▶ Contrat solidaire et responsable	7
▶ Garanties frais de santé	7
▶ Risques exclus.....	10
▶ Modalités de versement des prestations.....	10
▶ Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement	12
DISPOSITIONS GENERALES.....	14
▶ Entrée en vigueur des garanties - Suspension et conditions de maintien	14
▶ Cessation de l'affiliation des Participants	15
▶ Maintien des garanties santé	15
▶ Cotisations	16
▶ Paiement des cotisations.....	17
▶ Effet de la résiliation ou du non renouvellement	17
▶ Recours - Prescription.....	17
POUR MIEUX SE COMPRENDRE.....	21
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE.....	22
ANNEXE : VOS GARANTIES 1 /2.....	23
ANNEXE : VOS GARANTIES 2 /2.....	23
ANNEXE.....	25
▶ Article 1 objet de l'annexe.....	25
▶ Article 2 Affiliation obligatoire des conjoints	25
▶ Article 3 Bénéficiaires.....	25
▶ Article 4 Entrée en vigueur des garanties	25
▶ Article 5 Répartition et appel de la cotisation du conjoint	25
▶ Article 6 Défaut de paiement de la cotisation du conjoint	25

PREAMBULE

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des Cabinets ou Entreprises des Géomètres-Experts, Géomètres-Topographes, Photogrammètres et Experts Fonciers ont signé un accord paritaire national en date du 13 octobre 2005 et ses avenants modificatifs, instaurant un régime de frais de santé obligatoire au profit de l'ensemble du personnel, dénommé ci-après l'Accord.

Votre employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de la Convention Collective Nationale des Cabinets ou Entreprises des Géomètres-Experts, Géomètres-Topographes, Photogrammètres et Experts Fonciers, adhère au contrat d'assurance collective du régime frais de santé mis en œuvre par Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à Paris (75009), 21 rue Laffitte, ci-après dénommée « l'Institution ».

Vous trouverez dans cette notice la présentation des garanties du régime frais de santé ainsi que les éléments vous permettant de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à votre Direction des ressources humaines ou directement à votre centre de gestion.

► Modalités d'affiliation

Conditions d'affiliation

L'Adhérent s'engage à affilier l'ensemble de ses salariés sous contrat de travail à la date d'effet du contrat d'adhésion.

Toutefois, conformément à l'article 6.1 de l'Accord de prévoyance, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer aux garanties de base obligatoires, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de l'Adhérent. A défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

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

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

Pour la présente notice d'information, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».

Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque Participant renseigne et signe le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle établi par l'Institution sur support papier ou dématérialisé, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par l'Adhérent par la DSN.

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

► Bénéficiaires

Les bénéficiaires

Les enfants à charge du Participant tels que définis ci-dessous, bénéficient, obligatoirement, du contrat socle collectif obligatoire. Le conjoint du Participant peut être couvert par une extension facultative souscrite individuellement par le Participant.

Est considéré comme enfant à charge du Participant :

- ❖ Les enfants de moins de 21 ans, non-salariés et à charge du Participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin au sens des anciennes dispositions de l'article L.313-3 2°) et 3°) du code de la Sécurité sociale, jusqu'à l'issue de la période transitoire (31 décembre 2019).
- ❖ Les enfants de moins de 21 ans, non-salariés, à la charge effective et permanente du Participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin.
- ❖ Les enfants de moins de 25 ans placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le Code du travail et à la charge effective et permanente du Participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin.
- ❖ Les enfants de moins de 26 ans s'ils bénéficient d'un contrat de professionnalisation, que ses ressources n'excèdent pas 80 % du SMIC.
- ❖ Les enfants n'ayant pas dépassé la date anniversaire de leurs 26 ans s'ils sont non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et s'ils justifient de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.
- ❖ Au terme de leurs études, ces enfants sont couverts pendant une durée maximale d'un an sous réserve d'être à la recherche d'un premier emploi.
- ❖ Les enfants atteints d'une infirmité permanente les empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice.

Les enfants, remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus, au titre desquels le Participant verse une pension alimentaire.

Est considéré comme conjoint du Participant :

- ❖ le conjoint du Participant légalement marié non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- ❖ le concubin du Participant, sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et déclaré fiscalement comme tel depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même,
- ❖ le partenaire lié au Participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) depuis plus d'un an.

La condition de durée d'un an dans les deux cas précités est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union et répondent à la définition mentionnée ci-avant, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

Affiliation et modification des bénéficiaires

Le conjoint peut être couvert par une extension facultative souscrite individuellement par chaque Participant. En tout état de cause les garanties de l'extension facultative sont identiques aux garanties du Participant au titre de son contrat socle collectif obligatoire et le cas échéant de son contrat surcomplémentaire collectif.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation du Participant. Toutefois, postérieurement à celle-ci, le Participant peut affilier ou modifier les bénéficiaires :

- ❖ à l'occasion d'une modification de la situation familiale,
- ❖ et uniquement pour l'extension facultative au conjoint, chaque 1^{er} janvier, sous réserve qu'une demande en ce sens soit présentée à l'Institution au plus tard le 30 novembre de l'année précédente.

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

Justificatifs à fournir

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

- ❖ la copie du livret de famille,
- ❖ la copie du certificat de mariage,
- ❖ l'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- ❖ l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),

- ❖ pour les enfants à charge selon leur situation :
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du dernier avis d'imposition du Participant ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - la copie du dernier bulletin de salaire,
 - la copie de la carte d'invalidité ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité »,
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi.

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

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

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

Cessation de l'affiliation des bénéficiaires

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

Elle cesse également :

- ❖ à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées ci-avant,
- ❖ au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,
- ❖ au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Participant demande la résiliation de l'extension facultative au conjoint. Cette demande doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

La demande peut également être formalisée par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet définies au contrat. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi.

La cessation de l'affiliation des ayants droit au titre du contrat socle collectif obligatoire emporte nécessairement la cessation de l'affiliation des ayants droit du contrat surcomplémentaire collectif.

GARANTIES FRAIS DE SANTE

► Contrat solidaire et responsable

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

Le contrat respecte les conditions posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux textes d'application de celui-ci.

À ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, **l'Institution ne rembourse pas :**

- ❖ **Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le Bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un Bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.**
- ❖ **Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale).**
- ❖ **Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**
- ❖ **La majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire et les ayants-droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du Code de la santé public (accès au dossier Médical Personnel).**
- ❖ **Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque les Bénéficiaires consultent sans prescription du médecin traitant.**
- ❖ **Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

Le présent contrat satisfait aux dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

► Garanties frais de santé

Les garanties du contrat figurent en annexe de la présente notice.

Objet et conditions des garanties

Les garanties frais de santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les Participants, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés ci-après et des frais non pris en charge dans le cadre du « contrat solidaire et responsable ».

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

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

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

Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'Institution dans les conditions fixées aux tableaux des garanties figurant en annexe de la présente notice.

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

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

Peuvent donner lieu à remboursement les frais suivants, selon les formules effectivement souscrites, prévus au tableau de garanties figurant en annexe de la présente notice d'information. Dès lors que le remboursement de l'Institution est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par bénéficiaire sauf dispositions spécifiques figurant au tableau des garanties.

Certaines garanties font l'objet d'une prise en charge différenciée selon que les médecins adhèrent ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. En adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention OPTAM / OPTAM-CO.

Donnent lieu à remboursement, selon les modalités prévues au tableau des garanties, les frais suivants :

SOINS DE VILLE EN SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE :

- **Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),**
- **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,**
- **Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un spécialiste ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),**
- **Actes d'imagerie, échographie et doppler réalisés par un médecin ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),**
- **Transport pris en charge par la Sécurité sociale,**
- **Prothèses prises en charge par la Sécurité sociale (autre que dentaire et auditive)**

PHARMACIE :

- **Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale (y compris par la Sécurité sociale)**

FRAIS D'HOSPITALISATION EN SECTEURS CONVENTIONNE ET NON CONVENTIONNE (Y COMPRIS MATERNITE) :

- **Hospitalisation chirurgicale :** frais chirurgicaux proprement dits,
- **Hospitalisation médicale.** Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence **au 1^{er} jour**
- **Hospitalisation à domicile (HAD) prise en charge par**

la Sécurité sociale. La prise en charge commence **au 1er jour d'hospitalisation.**

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

- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non le Contrat d'accès aux soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),
- Frais de chambre particulière (**limités à 90 jours en cas de séjour en psychiatrie**)
- Forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)
- Lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de **moins de 12 ans** bénéficiaire du contrat (**limités à 90 jours en cas de séjour en psychiatrie**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents »

MATERNITE ET ADOPTION :

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

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

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

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

DENTAIRE :

- **Soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale :** soins conservateurs, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie.
- **A 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 définis :
 - **un panier « 100 % santé »** (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019 paru au Journal Officiel du 30 mai 2019) remboursés à frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
 - **un panier aux tarifs maîtrisés / modérés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et des garanties prévues dans le tableau des garanties,
 - **un panier aux tarifs libres** permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués remboursés dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.
- **Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :** couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes), réparations sur prothèses fixes.
- **Orthodontie prise en charge ou non par la Sécurité sociale,**
- **Implantologie** (implant et pilier dentaire).

OPTIQUE :

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

Deux classes d'équipement optique sont définies :

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

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

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

La prise en charge s'effectue dans la limite des forfaits dédiés à chaque composante de l'équipement (verres ou monture). Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appariage.

L'équipement d'optique médicale (verres et monture) est pris en charge par l'Institution sous réserve du respect des périodicités de renouvellement. La périodicité de renouvellement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'Institution depuis le 1^{er} janvier 2018. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre par les verres, la période pendant laquelle un équipement (2 verres et 1 monture) peut être remboursé débute à la date d'acquisition du dernier élément de

l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les périodicités de renouvellement sont définies comme suit :

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

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

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

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

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

Constitue une évolution de la vue :

- la variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres,
- la variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin,
- la somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) supérieur à 4,00 dioptries.

- **Lentilles prescrites prises en charge ou non par la Sécurité sociale** (y compris lentilles jetables).
- **Chirurgie réfractive** (toute chirurgie de l'œil).

PREVENTION :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - . Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - . Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - . Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - . Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - . Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - . Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - . Coqueluche : avant 14 ans ;
 - . Hépatite B : avant 14 ans ;
 - . BCG : avant 6 ans ;
 - . Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - . Haemophilus influenzae B ;
 - . Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques

MEDECINE DOUCE :

Consultations d'Ostéopathie, de Chiropraxie, d'Acupuncture ou d'Etiopathie

CURES THERMALES : dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de séjours

Soins engagés hors de France

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

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

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

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

Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.

Justificatifs

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

► Risques exclus

Ne donnent pas lieu aux garanties définies dans la présente notice d'information les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.

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

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

En aucun cas ces exclusions ne peuvent faire obstacle aux obligations minimales de prise en charge prévues par les contrats responsables.

► Modalités de versement des prestations

Païement des cotisations

Pour que le Participant puisse bénéficier des prestations, l'Adhérent doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du contrat.

Tiers Payant Généralisé

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

L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers-payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Le Participant et ses Bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le Participant et ses Bénéficiaires qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'Institution.

Assistance

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

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

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

La prise en charge hospitalière

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

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

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

Demandes de remboursement

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'Institution dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance des soins ou du décès par le bénéficiaire. A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée dans la présente notice d'information.

Les demandes de prestations, accompagnées des pièces justificatives doivent être produites auprès de l'Institution dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de la Sécurité sociale ou de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Les bénéficiaires et l'Adhérent sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées ci-après. L'Institution se réserve le droit de demander au Participant toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

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

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

Il appartient aux bénéficiaires d'informer l'Institution de toute modification de ses coordonnées bancaires, **notamment en cas de modification de la situation familiale (instance de divorce, procédure en cours de rupture du PACS ou de séparation des concubins, succession).**

Justificatifs et contrôle

- Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil – Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers payant.
- Le service médical de l'Institution peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par l'Institution ou par le bénéficiaire lui-même en cas de fraude avérée.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'Institution se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du Participant ou de celle de ses ayants droit affiliés. L'Institution peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après le paiement des prestations, **y compris après résiliation**

du contrat.

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

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

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

► **Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement**

	Bénéficiaire NOEMIE
Hospitalisation chirurgicale ou médicale - Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante...)	Aucun document
Optique	Facture détaillée et acquittée En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : <ul style="list-style-type: none"> - soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires - Orthodontie - Prises en charge par la Sécurité sociale	Imprimé type de l'Institution et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Classification Commune des Actes Médicaux*

Implants	Facture détaillée et acquittée
Médecine alternative	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermique	Facture acquittée du séjour
Prévention	Facture acquittée et prescription médicale
Non bénéficiaire Noémie	
Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale Justificatifs ci-dessus

* Le Participant peut transmettre à l'Institution, pour avis préalable sur le montant de sa prestation, un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes.

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

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

DISPOSITIONS GENERALES

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

Prise d'effet des garanties

Les garanties du contrat socle collectif obligatoire souscrit par l'entreprise prennent effet :

- ✂ à la date d'effet de l'adhésion au contrat socle collectif obligatoire pour tous les Participants présents à cette date, et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues par l'Accord.
- ✂ au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

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

- ✂ à la même date d'affiliation que le Participant au contrat socle collectif obligatoire,
- ✂ à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation,
- ✂ à défaut, et uniquement pour l'extension facultative au conjoint, au 1^{er} janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

Conditions de suspension des garanties

Suspension du contrat de travail rémunérées ou indemnisées

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

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

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants-droit. L'entreprise verse une contribution calculée selon les règles applicables à l'ensemble du personnel pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le participant doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation, et le cas échéant la ou les cotisations afférentes au paiement des extensions facultatives.

Suspension du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées

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

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties du contrat socle collectif obligatoire sont suspendues.

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

Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties du contrat socle collectif obligatoire, pendant la suspension de son contrat de travail dans le cadre d'un contrat collectif facultatif.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du Participant de cotisations spécifiques.

- 1) L'Adhérent est tenu :
 - d'informer l'Institution de la suspension du contrat de travail,
 - d'informer l'Institution du choix du participant de bénéficier du maintien des garanties et, le cas échéant, du maintien des garanties au profit de son conjoint ; ainsi que de communiquer à l'Institution, tout document émanant du participant et constatant le choix de celui-ci.
- 2) Le Participant est tenu :
 - de remplir et d'envoyer à l'Institution un Bulletin Individuel d'Affiliation
 - de fournir à l'Institution les informations nécessaires au paiement des cotisations permettant le maintien des garanties (coordonnées bancaires, autorisation de prélèvement...);
 - de payer les cotisations afférentes au maintien des garanties.

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

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

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

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

► Cessation de l'affiliation des Participants

Sous réserve de l'application du maintien des garanties santé définis ci-après, l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

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

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties du contrat socle collectif obligatoire ainsi que celle des garanties complémentaires du contrat surcomplémentaire collectif le cas échéant.

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

L'Institution récupère auprès du Participant toutes prestations indûment réglées.

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

► Maintien des garanties santé

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

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

Toute modification de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale emporte de plein droit la modification du présent article au jour de son entrée en vigueur. L'Institution informe alors le Participant de ces modifications.

Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour le Participant d'être éligible au dispositif de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'affiliation au contrat socle collectif obligatoire et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du Participant à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'Institution le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. Il incombe à l'Adhérent d'informer le Participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'Institution n'est tenue du maintien des garanties qu'autant que :

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

Effet et durée du maintien de l'affiliation

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

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

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

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

Obligations déclaratives

Le Participant s'engage à fournir à l'Institution :

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

Garanties

Le Participant bénéficie des garanties prévues au contrat socle collectif obligatoire au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat. En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat socle collectif obligatoire ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant. L'Adhérent s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat socle collectif obligatoire, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

Financement

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

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

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

- ✧ les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- ✧ les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite,

- ✧ les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- ✧ les personnes garanties du chef du Participant décédé.

Sous réserve d'être informé par l'Adhérent de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès du Participant, l'Institution leur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale ou du décès du Participant.

Le délai de deux mois ne court contre l'Institution qu'à compter de la date à laquelle celle-ci est informée par l'Adhérent de la cessation du contrat de travail. En tout état de cause, l'Institution ne sera tenue d'aucune obligation au titre du présent article si elle n'est pas informée de la cessation du contrat de travail dans un délai de deux ans courant à compter du jour de celle-ci.

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

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

► Cotisations

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le Participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés dans la présente notice d'information.

La cotisation « conjoint » est due si le Participant souhaite étendre le bénéfice du contrat à son conjoint.

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

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

► Paiement des cotisations

Salarié et enfants à charge

La cotisations « salarié/enfants à charge » est exprimée en pourcentage du salaire annuel déclaré à l'URSSAF. La répartition du coût de la cotisation entre l'Adhérent et les Participants est fixée par l'Accord. Toutefois, l'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

Les cotisations « salarié/enfants à charge » sont recouvrées trimestriellement à terme échu auprès de l'Adhérent. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

A défaut de paiement des cotisations dans les 10 jours suivant leur échéance, l'Institution envoie à l'Adhérent une lettre de mise en demeure en recommandée avec avis de réception. Le cas échéant, l'Institution peut engager, une procédure de recouvrement des cotisations dans le cadre d'une action contentieuse.

En cas de non-paiement des cotisations, l'Institution en avisera la Commission paritaire.

Extension facultative au conjoint

La cotisation « conjoint » est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

La cotisation « conjoint » est intégralement à la charge du Participant.

La cotisation concernant l'extension au conjoint est recouvrée auprès du Participant sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur le bulletin d'affiliation et d'adhésion individuelle.

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'extension au conjoint pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

La résiliation de l'extension des garanties du contrat socle collectif obligatoire au conjoint par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard mentionnées ci-dessous.

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

La couverture de l'extension facultative non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

► Effet de la résiliation ou du non renouvellement

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

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'Institution après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article « Demandes de Remboursement » de la présente notice d'information.

► Recours - Prescription

Recours subrogatoire

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

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

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

Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Lorsque l'action de l'Adhérent ou des bénéficiaires 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 ou les bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- **en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation : de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique avec demande d'avis de réception par l'Institution à l'Adhérent, lorsque celui-ci assure le précompte de la cotisation au titre du contrat collectif ou au Participant, lorsque l'Adhérent n'assure pas ce précompte,**
- **en ce qui concerne le règlement de la prestation : de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique avec demande d'avis de réception par le Participant ou le Bénéficiaire à l'Institution.**
La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi du recommandé électronique fait foi de la date d'envoi

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

Réclamations – Médiation

L'Institution met à la disposition de l'Adhérent et des Participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application des contrats, à l'adresse suivante :

Malakoff Humanis Prévoyance

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

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

A compter de la réception de la réclamation, l'Institution apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

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

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

Médiateur de la protection sociale du CTIP

10 rue Cambacérès – 75008 Paris

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

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

Contrôle de l'Institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest – CS 92549 - 75436 PARIS Cedex 09.

Dispositions diverses

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 »), le participant 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 du participant 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 du participant 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 le participant 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 du participant 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 assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition du participant et les bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du participant et des bénéficiaires.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du participant 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 ») du participant 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 du participant 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 du participant 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 du participant et des bénéficiaires sont 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 du participant et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du participant 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 du participant 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 le participant 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 du participant 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. Le participant 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. Le participant et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, 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, le participant 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.

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

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

Adhérent : Personne morale souscriptrice du (des) contrat(s).

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

Bénéficiaire : Le participant et, le cas échéant, ses ayants droit dans les conditions définies dans la présente notice d'information.

Bénéficiaire Noémie : Participant ayant autorisé le système de télétransmission. Il s'agit d'un système informatique permettant la télétransmission directe des décomptes Sécurité sociale vers l'Institution. Les remboursements s'effectuent en une seule démarche : le Bénéficiaire envoie sa feuille de soin à la Sécurité sociale ou utilise sa carte vitale. La Sécurité sociale rembourse le Bénéficiaire et transmet directement par voie électronique les décomptes à l'Institution.

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

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

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

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

signalements d'événements.

Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

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

OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO qui s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019.

Participant : Personne physique appartenant à la Catégorie définie au(x) bulletin(s) d'Adhésion et affiliée au contrat.

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

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

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

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

L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

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

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

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

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

A qui s'adresser



Malakoff Humanis
Service social

3996 (service gratuit + prix d'un appel)

ANNEXE : VOS GARANTIES 1 / 2

Les remboursements interviennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient. Sauf pour les garanties exprimées en %FR qui s'entendent y compris les remboursements de la Sécurité Sociale et sauf pour les forfaits verres et monture qui s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

		REGIME SOCLE	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE les prestations s'entendent y compris celles du régime socle
H HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non	Frais de séjour	En établissement conventionné 100% DE En établissement non conventionné 100% DE	100% DE 100% DE
	Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* 100% DE Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* TM + 100% BR	100% DE TM + 100% BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné 85% DE avec au minimum le TM et un maximum de TM + 100% BR	85% DE avec au minimum le TM et un maximum de TM + 100% BR
	Forfait journalier hospitalier (2) Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
	Chambre particulière (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	y compris maternité - par jour ou par nuitée 80 €	80 €
	Lit d'accompagnant (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	Bénéficiaire dont l'âge est < à 12 ans - par nuitée 80 €	80 €
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100 % DE limitée au montant de la participation forfaitaire réglementaire en vigueur.	100 % DE limitée au montant de la participation forfaitaire réglementaire en vigueur.
Allocation maternité ou adoption plénière	Par enfant 10% PMSS	15% PMSS	
 DENTAIRE	Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire. sans reste à payer (5)	sans reste à payer (5)
	Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie Inlay/onlay remboursés par la Sécurité sociale Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire TM + 70% BR TM + 100% BR 4% PMSS	TM + 220% BR TM + 150% BR 6% PMSS
	Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires à tarifs libres et modérés remboursées par la Sécurité sociale (couronnes transitoires, inlay-cores, couronnes définitives, bridges et inters de bridges, prothèses amovibles ou réparations) TM + 270 %BR dans la limite de 2859 €/an/bénéficiaire (au-delà du plafond 55%BR)	TM + 430 %BR dans la limite de 2859 €/an/bénéficiaire (au-delà du plafond 55%BR)
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes), réparations sur prothèses fixes.	270 € par acte dans la limite de 2859 €/an/bénéficiaire	430 € par acte dans la limite de 2859 €/an/bénéficiaire
	Implants (implant + pilier implant) Orthodontie	Par an et par bénéficiaire Remboursée ou non par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire 20% PMSS 150 % BR dans la limite de 1525 €/an /bénéficiaire (au-delà du plafond TM + 25%BR)	40% PMSS 300 % BR dans la limite de 1525 €/an /bénéficiaire (au-delà du plafond TM + 25%BR)
 OPTIQUE (7) Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16ème anniversaire (hors situation médicale particulière définie dans la notice)	Équipement 100 % Santé** (classe A***)	y compris prestations d'appariage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) sans reste à payer (6) y compris supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A) sans reste à payer (6)	sans reste à payer (6) sans reste à payer (6) sans reste à payer (6)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B***) (8)	par verre simple - par bénéficiaire ***** par verre complexe - par bénéficiaire ***** par verre très complexe - par bénéficiaire ***** par monture de lunettes - par bénéficiaire ***** Maximum 100€ y compris remboursement de la Sécurité sociale pour la monture	50 € 80 € 100 € 100 €
	Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B (9)	100% BR dans la limite des PLV	100% BR dans la limite des PLV
	Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an par bénéficiaire 4% PMSS avec un minimum de 100 % TM	5% PMSS avec un minimum de 100 % TM
	Chirurgie optique réfractive	Par œil 11% PMSS	22% PMSS
	Jusqu'au 31/12/2020 :	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (forfait limité à 2 prothèses par an et par bénéficiaire) 30% PMSS/an/bénéficiaire avec minimum de 100 % TM	40% PMSS/an/bénéficiaire avec minimum de 100 % TM
	À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Équipement 100 % Santé** (classe I****)	sans reste à payer (6)	sans reste à payer (6)	
Équipement autre que 100 % Santé (classe II****)	Par bénéficiaire Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale 30%PMSS avec un minimum de 100 % TM	40%PMSS avec un minimum de 100 % TM	
Accessoires et fournitures	100 % TM	100 % TM	

ANNEXE : VOS GARANTIES 2 /2

 SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires médicaux			
	Consultation / visite / consultation en ligne			
	 chez un généraliste ou un spécialiste	Adhèrent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 70% BR	TM + 220% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 50% BR	TM + 100% BR
	Actes techniques médicaux	Adhèrent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 70% BR	TM + 220% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 50% BR	TM + 100% BR
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		100 % DE limitée au montant de la participation forfaitaire réglementaire en vigueur.	100 % DE limitée au montant de la participation forfaitaire réglementaire en vigueur.
	Actes d'imagerie médicale	Adhèrent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 70% BR	TM + 220% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 50% BR	TM + 100% BR
	Honoraires paramédicaux	Auxiliaires médicaux	TM + 60% BR	TM + 210% BR
	Analyses et examens de laboratoire		TM + 60% BR	TM + 210% BR
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	TM + 65% BR	TM + 215% BR
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (4)	100 % TM	100 % TM
	Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique, forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel par bénéficiaire	125 €	305 €
	Médicaments	Médicaments remboursés à 65%	100 % TM	100 % TM
		Médicaments remboursés à 30%	100 % TM	100 % TM
Médicaments remboursés à 15%		100 % TM	100 % TM	
Contraception non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire. Sur prescription médicale.		1,5 %PMSS	2,5 %PMSS	
Médecine additionnelle et de prévention	acupuncture, chiropractie, diététique, ergothérapie, homéopathie, méthode mezière, microkinésie, nutritionniste, ostéopathie, pédicure - podologue, psychologue, psychomotricité, psychothérapie, réflexologie, sophrologie - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 8 séances par an	30 €	45 €	
Actes de prévention remboursés par la Sécurité Sociale		100 % TM	100 % TM	
SERVICES				
Assistance		Incluse	Incluse	
Tiers-Payant		Prévus	Prévus	

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 €).

* **Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique)** : en adhérent 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 des listes A et des listes B de la notice .

**** Voir la liste réglementaire des options des listes I et des listes II de la notice .

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

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique. En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité. ;

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

(3) 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.

(4) 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.

(5) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies dans la notice .

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis dans la notice

(7) Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement tous les 6 mois en cas d'adaptation de la monture à la morphologie du visage.

La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1er élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale.

(8) Verre simple verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptrie,

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

(8) Verre complexe verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,

verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,

verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,

verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,

verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,

verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,

verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

(8) Verre très complexe verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,

verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,

verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,

verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(9) Suppléments pour verres de classe A ou B (prisme incorporé, prisme souple uniquement pour les - de 6 ans, système antiptosis, verres isocroniques) ; Prestation d'adaptation des verres par l'opticien (verres de classe A ou B) ; Supplément pour verres avec filtre.

ANNEXE

Stipulations spécifiques pour le conjoint du Participant affilié à titre obligatoire.

► Objet de l'annexe

La présente annexe a pour objet de compléter la notice d'information du régime frais de santé de la Convention Collective Nationale des Cabinets ou Entreprises des Géomètres-Experts, Géomètres-Topographes, Photogrammètres et Experts Fonciers souscrit auprès de Malakoff Humanis Prévoyance par l'Adhérent en faveur de l'ensemble de son personnel. Elle instaure la possibilité pour l'Adhérent d'opter pour une affiliation obligatoire des conjoints.

► Affiliation obligatoire des conjoints

Par dérogation à la notice d'information, la présente annexe organise la mise en place de l'extension obligatoire des conjoints des salariés. L'ensemble des références au caractère facultatif de l'affiliation des conjoints dans la notice d'information est supprimé.

► Bénéficiaires

Définition des ayants droits

Par dérogation à la notice d'information, les conjoints du Participant bénéficient obligatoirement du contrat socle obligatoire et du contrat surcomplémentaire collectif s'il est à adhésion obligatoire pour les Participants.

Conditions d'affiliation et de modification des bénéficiaires

Par dérogation à la notice d'information, le Participant peut affilier ou modifier les bénéficiaires, y compris le conjoint, uniquement à l'occasion d'une modification de la situation familiale.

► Entrée en vigueur des garanties

Prise d'effet des garanties

Par dérogation à la notice d'information, pour les ayants droit du Participant, y compris le conjoint, les garanties du contrat socle collectif obligatoire et du contrat surcomplémentaire collectif prennent effet à la date de leur adhésion soit :

- ✦ à la même date d'affiliation que le Participant au contrat,
- ✦ à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation,

► Répartition et appel de la cotisation du conjoint

Par dérogation à la notice d'information, l'appel des cotisations conjoint est effectué auprès de l'Adhérent.

► Défaut de paiement de la cotisation du conjoint

Par dérogation à la notice d'information, les cotisations sont recouvrées trimestriellement à terme échu auprès de l'Adhérent. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

La répartition du coût de la cotisation entre l'Adhérent et les Participants est fixée par l'Accord. Toutefois, l'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

En cas de non-paiement des cotisations, l'Institution en avisera la Commission paritaire.

Votre interlocuteur Malakoff Humanis

Suivre votre contrat

Téléphone : 09 69 39 08 33

Adresse : Malakoff Humanis Prévoyance
348 rue du Puech Villa
BP 7209
34183 MONTPELLIER CEDEX 4

Site internet : <https://www.malakoffhumanis.com/>

Malakoff Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale - Siège social : : 21 rue Laffitte, 75009 Paris – N°SIREN 775 691 181