

SANTÉ
HCR



CONDITIONS GÉNÉRALES

GARANTIE COLLECTIVE
FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE DES SALARIÉS
RELEVANT DE LA CONVENTION COLLECTIVE
DES HÔTELS, CAFÉS, RESTAURANTS

DATE D'EFFET : 1^{ER} DÉCEMBRE 2020

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
DÉFINITIONS	4
TITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
Article 1 - Cadre juridique – Objet	5
Article 2 - Souscription du contrat	5
Article 3 - Modifications du contrat souscrit par l'entreprise	5
Article 4 - Affiliation - Bénéficiaires	5
Article 5 - Prise d'effet des garanties - Durée	6
Article 6 - Cotisation – Déclaration Nominative Annuelle	7
Article 7 - Prestations	8
Article 8 - Prescription	13
Article 9 - Territorialité	13
Article 10 - Résiliation du contrat	14
Article 11 - Contrôle des institutions	14
Article 12 - Réclamation – Médiation – Protection des données personnelles	14
TITRE 2 - GARANTIES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ	16
Article 13 - Tableau des garanties	16
TABLEAU DES GARANTIES	17

PRÉAMBULE

Votre entreprise relève de la Convention collective nationale des Hôtels, Cafés, Restaurants.

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré, par accord collectif du 6 octobre 2010 (ci-après dénommé l'Accord de Branche), un régime conventionnel de frais de santé au plan national, au bénéfice de l'ensemble du personnel relevant du champ d'application de la Convention collective nationale susvisée.

Les co-assureurs listés ci-dessous proposent un contrat d'assurance respectant les dispositions de l'Accord de Branche, dédié aux entreprises de votre branche professionnelle :

- **Malakoff Humanis Prévoyance** Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, ayant son siège 21 rue Laffitte, 75009 Paris - N° Siren 775 691 181,

apérateur,

- **KLESIA Prévoyance**, Institution de prévoyance, régie par le titre III du livre IX Code de la sécurité sociale, ayant son siège social 4 rue Georges Picquart, 75017 Paris,
- **AUDIENS Prévoyance**, Institution de prévoyance relevant du Code de la sécurité sociale, ayant son siège social 74 rue Jean Bleuzen, 92170 Vanves.

Les co-assureurs ont délégué la gestion des affiliations des salariés des Entreprises adhérentes au régime, ainsi que la gestion des prestations de frais de santé, à :

- **COLONNA FACILITY**, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 490 527 199, ayant son siège social 52 boulevard du Parc 92200 Neuilly sur Seine ;
Site administratif : 5 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 41207 Romoratin Cedex.

DÉFINITIONS

ADHÉRENTE, OU ENTREPRISE ADHÉRENTE	Personne morale ou physique qui souscrit un contrat d'assurance dans le cadre des présentes Conditions générales, auprès de l'une des Institutions co-assureurs, au profit de son personnel défini au Certificat d'adhésion ou Conditions particulières.
ASSURÉ	Salarié appartenant à une catégorie de personnel assurée (définie au Certificat d'adhésion), le cas échéant ancien salarié affilié au contrat au titre de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.
BÉNÉFICIAIRE	Personne couverte par le contrat souscrit par l'Adhérente.
GARANTIE	Engagement de l'Institution, en contrepartie du paiement de la cotisation prévue au contrat, de verser une prestation en cas de dépenses de frais de santé couvertes par le contrat, engagées au cours d'une période d'assurance.
INSTITUTION(S)	Lorsque le mot Institution est utilisé au singulier, ceci renvoie à celle des Institutions co-assureurs auprès de laquelle entreprise Adhérente a effectivement régularisé son adhésion au régime mutualisé de frais de santé.
PRESTATION	Exécution de la garantie par l'Institution ayant recueilli le contrat de l'Adhérente.
SÉCURITÉ SOCIALE	Organisme gestionnaire d'un régime de base de Sécurité sociale : régime général, régime Alsace Moselle, Mutualité Sociale Agricole.

TITRE 1**DISPOSITIONS GÉNÉRALES****ARTICLE 1****CADRE JURIDIQUE – OBJET**

Le présent contrat, régi par le Livre IX, Titre III, du Code de la sécurité sociale, est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, mis en œuvre en application de l'Accord de Branche du 6 octobre 2010 intégré à la :

**Convention collective nationale
des Hôtels, Cafés, Restaurants**

Le contrat a pour objet d'assurer aux bénéficiaires définis à l'article 4.2 le remboursement de tout ou partie des frais de santé pris en charge par le régime général de la Sécurité sociale (ou autre régime de base) au titre de l'assurance maladie ; toutefois, les conditions de garanties peuvent prévoir le remboursement de certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale, sous réserve qu'il s'agisse de spécialités ou actes à caractère thérapeutique.

Seules les entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord de Branche peuvent souscrire ce contrat. Toutefois, sous réserve d'un accord préalable de l'Institution, les entreprises ayant un lien direct avec la branche professionnelle et qui appliquent volontairement la convention collective des Hôtels Cafés Restaurants, peuvent également souscrire le contrat.

L'ensemble des contrats souscrits par les entreprises dans le cadre des présentes Conditions générales constituent un périmètre de mutualisation des résultats ; il est établi un compte d'exploitation technique commun. Toute évolution des conditions d'assurance s'applique à l'ensemble des contrats relevant de ce périmètre.

Le contrat est co-assuré, selon les quotes-parts suivantes : 35 % pour Malakoff Humanis Prévoyance (apérateur), 60 % pour KLESIA Prévoyance et 5 % pour AUDIENS Prévoyance. La responsabilité de chaque Institution est limitée, vis-à-vis de chaque entreprise, à hauteur de la quote-part qui lui incombe. En cas de modification ou cessation de la co-assurance, les assurés bénéficient du respect de la garantie de leurs droits ; l'Institution ayant reçu l'adhésion informera l'entreprise des conséquences sur son contrat.

Les prestations sont précisées au Titre 2.

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

Il répond en outre aux dispositions de l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale concernant la couverture minimale dite « Panier de soins ».

ARTICLE 2**SOUSCRIPTION DU CONTRAT**

Dans la suite du document, l'entreprise souscriptrice est dénommée **l'Adhérente ou l'entreprise Adhérente**.

La souscription du contrat s'effectue auprès de l'une ou l'autre des Institutions co-assureurs.

Le contrat est composé de deux parties indissociables :

- les présentes Conditions générales définissant les conditions de cotisations et de prestations du contrat, les obligations réciproques des parties,
- le Certificat d'adhésion ou Conditions particulières, définissant la date d'effet du contrat, les catégories de personnel effectivement couvertes, les taux de cotisations appelés.

et le cas échéant des avenants y afférant.

Le contrat prend effet à la date indiquée au Certificat d'adhésion ou Conditions particulières et expire au 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque exercice civil, sous réserve des dispositions de l'article 10.

ARTICLE 3**MODIFICATIONS DU CONTRAT SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE****3.1 Modifications du CONTRAT**

Le contrat a vocation à être conforme aux dispositions conventionnelles dont relève l'employeur. Dans le cas où les partenaires sociaux apportent des modifications à l'Accord de Branche, le présent contrat sera modifié en conséquence.

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet. **L'engagement des Institutions est acquis pour autant que ce cadre perdure.** En cas d'instauration ou de modification par les Pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, les Institutions sont fondées à apporter les aménagements nécessaires, selon le cas, au niveau des cotisations et/ou au niveau des prestations.

Le montant de la cotisation peut être modifié, afin de tenir compte de l'évolution de la consommation médicale ainsi que des résultats techniques et perspectives constatés, pour l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales.

3.2 AVENANT AU CONTRAT

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé à l'Adhérente.

L'Adhérente dispose d'un délai de trente jours, à compter de l'envoi de l'avenant portant modification, pour signifier expressément à l'Institution son éventuel refus ; le refus entraîne la résiliation du contrat au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le délai susvisé expire. Passé ce délai de trente jours, l'Adhérente est réputée avoir accepté les termes de l'avenant.

ARTICLE 4**AFFILIATION - BÉNÉFICIAIRES****4.1 Affiliation et modification de situation professionnelle**

L'Adhérente s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs répondant à la définition précisée à l'article suivant.

Le cas échéant peuvent être affiliés les anciens salariés bénéficiaires du contrat frais de santé précédemment

souscrit par l'entreprise, durant la période de maintien de garanties (« portabilité des droits ») restant à courir au titre de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale (c'est-à-dire les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts auprès de l'organisme assureur dont le contrat frais de santé a été résilié, lorsque ce dernier n'assure pas le maintien jusqu'à l'expiration de la période de droits). À cette fin, l'entreprise doit communiquer la liste des anciens salariés concernés.

L'Adhérente est tenue d'informer l'Institution de tout événement affectant les droits à garanties des salariés affiliés (suspension du contrat de travail, cessation du contrat de travail, etc.) dès qu'elle en a connaissance et ce, afin de permettre la mise à jour de leurs droits et ainsi éviter, selon le cas, tout versement indu ou tout refus de prestations de la part de l'Institution.

L'Entreprise peut effectuer ses déclarations sous forme dématérialisée.

4.2 BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE

Sont bénéficiaires du contrat les salariés de l'Adhérente, appartenant à la (l'une des) catégorie(s) de personnel définie(s) au Certificat d'adhésion ou Conditions particulières, assujettis au régime général de la Sécurité sociale française, ou au régime local « Alsace Moselle », ou encore au régime de la Mutualité Sociale Agricole, sauf cas de dispense d'affiliation expressément prévu par l'acte juridique ayant instauré le régime et cas de dispense d'affiliation d'ordre public issus des articles L.911-7 III, D.911-2 et D.911-6 du Code de la sécurité sociale.

Les salariés se prévalant d'une dispense d'affiliation doivent être affiliés au contrat dès qu'ils cessent de justifier de leur situation. Ils peuvent également renoncer ultérieurement et à tout moment à bénéficier de la dispense pour demander par écrit leur affiliation au contrat, cette décision étant alors irrévocable.

Les mandataires sociaux non titulaires d'un contrat de travail mais assimilés aux salariés en application de l'article L. 311-3 du Code de la sécurité sociale peuvent bénéficier du présent contrat, sous réserve que la catégorie de personnel assurée par le contrat souscrit le permette et que les procédures d'avantages en vigueur pour leur statut spécifique aient été respectées.

4.3 INFORMATION DES SALARIÉS

Conformément à l'article L. 932-6 du Code de la sécurité sociale, il appartient à l'entreprise adhérente de remettre à chaque assuré la notice d'information établie par les Institutions et de l'informer le cas échéant des modifications apportées à ses droits et obligations en cours de contrat. La preuve de la remise de la notice et de la délivrance de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérente.

ARTICLE 5

PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DURÉE

5.1 ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Pour les salariés tels que définis à l'article 4.2, les garanties prennent effet à la date d'affiliation c'est-à-dire, selon le cas, à :

- la date d'embauche,
- la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier d'une dispense d'affiliation.

5.2 PÉRIODES DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les garanties sont suspendues pendant les périodes de suspension du contrat de travail, sauf pendant les périodes donnant lieu à maintien de rémunération par l'employeur ou indemnisation de la Sécurité sociale, les cotisations continuant dans ces deux cas d'être dues. Toutefois, aucune cotisation n'est due pour les invalides non radiés des effectifs ne percevant aucune rémunération de l'employeur.

Toutefois, la suspension de garanties prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de début de suspension du contrat de travail (la cotisation du mois en cours étant due par l'entreprise), ceci afin d'éviter toute rupture de garantie en cas de demande d'adhésion à titre individuel tel que prévu à l'article 6 de l'Accord de Branche. La reprise des garanties et le paiement de la cotisation interviennent à compter du 1^{er} jour du mois de la reprise de l'activité professionnelle.

5.3 CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent pour chaque assuré au dernier jour du mois au cours duquel survient l'un des événements suivants :

- sortie de la catégorie de personnel assurée ;
- cessation ou rupture du contrat de travail, sauf application des dispositions de l'article 5.4,
- résiliation du présent contrat d'assurance souscrit par l'entreprise Adhérente.

5.4 MAINTIEN DES GARANTIES POUR LES ANCIENS SALARIÉS INDEMNISÉS PAR LE RÉGIME D'ASSURANCE CHÔMAGE

Le contrat d'assurance organise le maintien de la garantie frais de santé dont peut bénéficier le salarié, en cas de cessation du contrat de travail, sauf hypothèse de faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, dans le respect des dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale :

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

Toutefois, par dérogation à la durée précisée ci-dessus et conformément aux dispositions de l'Accord de branche, la durée du maintien accordée par le présent contrat est doublée, dans la limite de douze mois.

L'Adhérente doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à maintien, et notamment attester de la durée du ou des dernier(s) contrat(s) de travail permettant de définir la durée maximale des droits. À cet effet, l'Institution peut mettre en place un formulaire de déclaration nominative.

Il est par ailleurs rappelé que l'Adhérente est tenue, en sa qualité d'employeur, de signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail.

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

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

La cessation d'activité de l'entreprise, sans repreneur et quel qu'en soit le motif (liquidation amiable, liquidation judiciaire...) est sans effet sur les droits à maintien de garantie.

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

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

5.5 Adhésion à titre individuel en cas de cessation du contrat de travail

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent souscrire un contrat individuel afin de continuer de bénéficier des garanties frais de santé, les anciens salariés bénéficiaires :

- d'une allocation versée par le régime d'assurance chômage,
- ou d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,
- ou d'une pension de retraite,

sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la cessation ou rupture du contrat de travail.

Au cas particulier des anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage et bénéficiant du dispositif de maintien de garantie, le point de départ du délai susvisé est reporté à l'expiration des droits.

L'institution adresse à l'ancien salarié une proposition de maintien individuel de la garantie, dans les deux mois qui suivent la date de cessation du contrat de travail, pour autant que l'Adhérente l'ait informée au préalable du motif de la cessation du contrat de travail ouvrant droit au dispositif.

L'adhésion individuelle prend effet, sans délai de carence ni

formalités médicales, au lendemain de la demande et au plus tôt au 1^{er} jour du mois qui suit la date de cessation du contrat de travail.

Ce dispositif d'adhésion individuelle est géré hors du présent contrat collectif.

ARTICLE 6

COTISATION – DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE

6.1 Cotisation

La cotisation est exprimée sous forme de forfait mensuel (non proratisable), dont le montant est indiqué aux Conditions particulières ou Certificat d'adhésion.

La cotisation mensuelle forfaitaire est due pour chaque salarié bénéficiaire tel que défini à l'article 4.2 quelle que soit sa date d'entrée et sa date de sortie des effectifs salariés de l'entreprise Adhérente ; les prestations sont servies pour le mois entier au cours duquel la cotisation est versée.

Pour tout salarié affilié, la cotisation mensuelle est due au 1^{er} jour d'un mois. Ainsi, lorsqu'un salarié est embauché en cours de mois, la cotisation est due à compter du mois suivant. Lorsque le contrat de travail d'un salarié auprès d'une entreprise Adhérente cesse au cours d'un mois, la cotisation due au titre de ce salarié est versée pour le mois entier.

La cotisation est due également pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui bénéficient, soit d'une indemnisation de la Sécurité sociale, soit d'un maintien de rémunération par l'employeur (cf. article 5.2). Toutefois, la cotisation n'est pas due pour les invalides non radiés des effectifs ne percevant aucune rémunération de l'employeur.

Pour les salariés ayant plusieurs employeurs relevant de la branche et qui ont souscrit un contrat d'assurance dans le cadre des présentes Conditions générales, la cotisation peut être proratisée entre les différents employeurs, sous réserve de justifier de leur pluriactivité, auprès de l'assureur et de leurs employeurs. En cas de rupture ou de cessation du contrat de travail, l'entreprise doit rappeler au salarié qu'il a l'obligation d'informer le ou les autres employeurs qui devront alors modifier la part de cotisation qu'ils acquittent, de façon à ce que la totalité des quotes-parts perçues à son nom corresponde toujours à la cotisation mensuelle entière.

Pour les salariés à temps partiel n'ayant qu'un seul employeur, la totalité de la cotisation est due, hors cas de dispense d'affiliation bénéficiant aux salariés à temps très partiel qui s'ils étaient affiliés devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Les taux de cotisation sont ajustés en fonction notamment de l'évolution des résultats techniques établis pour l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales.

6.2 Paiement des cotisations

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

Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant :

- le nombre de salariés à la fin du trimestre civil concerné,
- les bases de calcul des cotisations pour la période concernée (nombre de mois de présence).

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

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

En cas de non-paiement persistant à l'expiration du délai fixé dans la mise en demeure, l'Institution poursuivra le recouvrement des cotisations par tous les moyens de droit. Les frais afférents seront entièrement à la charge de l'Adhérente.

La garantie accordée par l'Institution peut être suspendue 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, et le contrat résilié 10 jours après la date de prise d'effet de la suspension si le paiement n'est toujours pas intervenu. Les cotisations antérieures à la résiliation restent dues.

6.3 DÉCLARATION EN COURS D'ANNÉE

En application de l'article L.133-5-2 du Code de la sécurité sociale, l'Adhérente doit utiliser la Déclaration Sociale Nominative (DSN) pour transmettre mensuellement à l'Institution toutes les informations relatives à l'effectif de la catégorie de salariés assurée, aux mouvements de personnel (embauche, suspension et fin de contrat de travail ...). L'Adhérente doit informer l'Institution de toute modification d'adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation juridique (fusion, cession, scission...), au plus tard à chaque échéance de cotisations.

ARTICLE 7

PRESTATIONS

LE NIVEAU DES PRESTATIONS EST PRÉCISÉ AU TITRE 2.

7.1 CONTRAT RESPONSABLE & COUVERTURE MINIMALE

Le contrat est qualifié de contrat « solidaire et responsable ».

Par « solidaire », il faut entendre que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Par « responsable », il faut entendre que le contrat répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L911-7 et D.911-1 de ce même code. Conformément à la réglementation, le contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 % ou à 30 % et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques) ;
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R. 160-16-1 du Code de la sécurité sociale ;
- la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur; après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique ;
- les prestations 100 % santé ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée.

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

Le contrat prend également en charge, en sus des prestations obligatoires du contrat responsable, les niveaux minimums de remboursements suivants :

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

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

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

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

PRÉCISIONS SUR L'APPLICATION DU 100 % SANTÉ**1. OPTIQUE****A. Généralités**

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

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

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

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

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

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

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

VERRES SIMPLES

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

VERRES COMPLEXES

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

VERRES TRÈS COMPLEXES

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

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

B. Délais de renouvellement

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

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

2. DENTAIRE

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

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « 100 % santé » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes ;
- Un panier aux **tarifs maîtrisés**, 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.

Les honoraires limites de facturation des actes du panier 100 % santé et du panier à honoraires maîtrisés entrent en vigueur progressivement. Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres.

SYNTHÈSE DES PANIERS DE SOINS DENTAIRES

PANIER 100 % SANTÉ	PANIER TARIFS MAÎTRISÉS	PANIER TARIFS LIBRES
- Couronne métallique ; - Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1 ^{er} prémolaire ; - Couronne céramique-monolithique (zircone) hors molaire ; - Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1 ^{er} prémolaire.	- Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2 ^e prémolaire et molaire ; - Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire ; - Couronne céramo-métallique sur 2 ^e prémolaire.	- Couronne céramo-céramique ; - Couronne céramo-métallique sur molaire ; - Couronne implanto-portée.
Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie.	- Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie ; - Inlay-onlay métallique.	- Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie ; - Inlay-onlay céramique.
- Bridge céramo-métallique sur incisive ; - Bridge métallique pour toute dent.	- Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive ; - Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s).	Bridge céramo-céramique.
Prothèse amovible à plaque base résine.	Prothèse amovible sur châssis métallique.	Prothèse amovible supra implantaire.
Réparations.	Réparations.	Adjonctions.
		Implants.

3. AIDE AUDITIVE

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

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

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

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

Toutefois, le présent contrat ne prend pas en charge :

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

7.2 Frais de santé pris en charge

Le contrat n'intervient pas pour les actes n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, sauf indication contraire figurant au tableau des prestations, concernant en tout état de cause des spécialités ou actes à caractère thérapeutique.

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

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

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

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

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

- pour les ostéopathes, d'être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession ;
- pour les chiropracteurs, d'être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropracticiens ou par un institut agréé par l'Union européenne de Chiropracticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC) ;
- pour les étiopathes, d'être reconnus professionnellement et habilités à réaliser de tels actes.
- pour les acupuncteurs, d'être des médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'État appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire ;
- pour les pédicure-podologues, d'être titulaires du diplôme d'État de pédicure podologue (DE), délivré par le ministère de la Santé et reconnu par le Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues.

Pour les assurés relevant du régime de base Alsace Moselle, le niveau de prestations précisé au Titre 2 est

ajusté afin de garantir un niveau de couverture global (régime de base + régime conventionnel) identique pour tout salarié en France, quel que soit son régime social d'appartenance.

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

7.3 Principe indemnitaire

Le total des remboursements au titre du présent régime, de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire le cas échéant, ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

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

Lorsque les prestations sont exprimées sous forme de forfait ou de pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), celles-ci s'entendent dans la limite des frais restant à charge.

7.4 Modalités de remboursement

Les modalités de remboursement sont détaillées dans la notice d'information établie sous la responsabilité des Institutions et remise par l'employeur, comme indiqué à l'article 4.3.

Lorsque les frais engagés ont fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale avec télétransmission du décompte par cet organisme :

- pour les postes hospitalisation, orthodontie, prothèses dentaires, optique et cure thermique, l'assuré doit adresser systématiquement toutes les pièces justificatives de la dépense ;
- pour les autres postes, l'assuré n'a pas à adresser de pièces justificatives ; l'assuré doit toutefois conserver toutes les pièces justificatives de la dépense qui peuvent lui être demandées lors du traitement du dossier de remboursement (ou ultérieurement tant que la prescription de deux années suivant la date des soins n'est pas acquise).

Lorsque les frais engagés n'ont pas fait l'objet d'une télétransmission par la Sécurité sociale, l'assuré doit adresser tous les justificatifs correspondants, c'est-à-dire :

- le décompte original de la Sécurité sociale (le cas échéant décompte original d'une autre mutuelle ayant déjà procédé à un remboursement partiel) ;
- la facture détaillée accompagnée du devis préalable (optique, appareil auditif, prothèses, orthopédie, verres de contacts...) ;

- facture détaillée de l'établissement hospitalier et note d'honoraires portant l'acquit du praticien, facture de l'établissement de cure thermale ;
- facture ou ticket de caisse en cas de règlement du seul ticket modérateur.

Pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, l'assuré doit adresser la facture délivrée par le professionnel de santé.

7.5 EN CAS DE CESSATION DES GARANTIES

Lorsque les droits à garanties cessent de façon temporaire ou définitive (cf. articles 5.2 et 5.3), l'entreprise doit, outre en informer l'Institution (cf. article 4.1), rappeler à l'assuré qu'il a l'obligation de restituer la carte de tiers payant et d'aviser les professionnels de santé auxquels il fait habituellement appel afin que ceux-ci mettent à jour leurs fichiers informatiques servant au processus de télétransmission. Les prestations qui s'avèreraient avoir été indûment versées feront l'objet d'une répétition de l'indu.

7.6 SUBROGATION

L'Institution est, pour le remboursement des prestations, subrogée dans les droits et actions de l'assuré, contre les tiers responsables d'un accident ayant exposé l'assuré à des dépenses de santé, dans la limite des sommes versées. Dans cette hypothèse, l'assuré doit fournir à l'Institution, dans les meilleurs délais, tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre de la procédure.

7.7 EXPERTISE MÉDICALE

L'Institution peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par son médecin-conseil ou tout autre professionnel de santé, en cas de dépenses anormalement élevées et/ou répétées ou encore en cas de suspicion de fraude.

Les résultats de l'expertise sont communiqués à l'assuré par lettre recommandée. L'assuré qui conteste ces résultats devra, faute de quoi il est réputé les avoir acceptés, communiquer sous trente jours les coordonnées du médecin chargé de le représenter dans une entrevue amiable avec le médecin-conseil de l'Institution.

En cas de désaccord, il sera formé une commission d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, désigné par le président du tribunal de grande instance de la résidence de l'assuré sur requête de la partie la plus diligente. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin sont supportés à parts égales entre les deux parties.

En cas de refus de l'assuré de répondre à ce contrôle ou de communiquer les coordonnées de son médecin, ainsi qu'en cas de désaccord persistant sur les résultats du contrôle, il appartient à l'assuré

de demander la nomination d'un expert judiciaire, étant précisé que le paiement des prestations en cause sera suspendu tant que n'interviendra pas une décision judiciaire irrévocable.

ARTICLE 8

PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'Adhérente, de l'assuré ou du bénéficiaire 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'Adhérente, l'assuré ou le bénéficiaire ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception soit que l'Institution adresse à l'Adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré adresse à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 9

TERRITORIALITÉ

Les garanties sont territoriales aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français y compris les départements d'outre mer.

Pour les soins dispensés hors de France, les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires peuvent, après avis du médecin-conseil, être plafonnées à hauteur du prix habituellement pratiqué normalement en France pour

des actes et soins équivalents, et ce, que la Sécurité sociale ait ou non accordé sa prise en charge sur la base de son tarif de responsabilité.

Dans tous les cas, sont prises en charge, à hauteur des minima résultant du « contrat responsable », les dépenses préalablement admises au remboursement du régime français de sécurité sociale dont relève l'assuré. S'agissant de la différenciation du niveau de prise en charge des honoraires au regard de la notion de médecin adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (cf. article 7.1), les dépenses engagées à l'étranger seront remboursées à hauteur des niveaux de remboursement prévus pour les médecins non-adhérents à un tel dispositif.

ARTICLE 10

RÉSILIATION DU CONTRAT

Résiliation par l'Adhérente :

L'Adhérente peut résilier le contrat :

- en cas de refus de nouvelles conditions contractuelles, dans les conditions visées à l'article 3.2,
- à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en informer l'Institution, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

L'Adhérente peut adresser sa demande de résiliation :

- soit par lettre ou tout autre support durable,
- soit par déclaration faite au siège ou chez le représentant de l'Institution,
- soit par acte extrajudiciaire,
- soit, lorsque l'Institution propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication,
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

- à tout moment après expiration d'un délai de 1 an à compter de la souscription du contrat, dans les conditions énoncées ci-avant.

Les présentes dispositions s'entendent dans les conditions définies par la loi 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et de ses textes d'applications.

Dans le cadre du présent contrat à adhésion obligatoire l'Adhérente peut, après expiration d'un délai de 1 an à compter de la souscription, résilier le contrat sans frais ni pénalités. La résiliation du contrat prend effet 1 mois après la réception par l'Institution de la notification de l'Adhérente.

Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au contrat, l'Adhérente n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Dans le cas où l'Adhérente souhaite résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme assureur, celui-ci effectue pour le compte de l'Adhérente souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au contrat. Les organismes assureurs intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

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

Résiliation par l'Institution :

L'Institution peut résilier le contrat :

- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions visées à l'article 6.2,
- à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en informer l'Adhérente par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

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

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

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

ARTICLE 11

CONTRÔLE DES INSTITUTIONS

Malakoff Humanis Prévoyance, KLESIA Prévoyance et AUDIENS Prévoyance sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

ARTICLE 12

RÉCLAMATION – MÉDIATION – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

12.1 Réclamation relative à l'application du contrat et médiation

Pour toute réclamation relative au fonctionnement du contrat, l'Adhérente, l'assuré ou les bénéficiaires doit/

doivent s'adresser en priorité à COLONNA FACILITY, gestionnaire unique du contrat d'assurance.

COLONNA FACILITY

Service Réclamations

41207 Romorantin Cedex

Email : reclamation@cofacility.fr

COLONNA FACILITY s'engage à répondre à l'Adhérente et au Participant dans le respect des usages et des bonnes pratiques, notamment prévus par la recommandation ACPR relative au traitement des réclamations 2016-R-02 du 14 novembre 2016.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l'Adhérente, l'assuré et les bénéficiaires peuvent, sans préjudice du droit d'agir en justice, s'adresser au médiateur de la protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), dans un délai d'un an à compter de la réclamation, 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/>.

12.2 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de la relation contractuelle, Malakoff Humanis Prévoyance, KLESIA Prévoyance, entité du groupe KLESIA, et Audiens Prévoyance sont amenés à traiter des données personnelles des assurés et des bénéficiaires du contrat, en tant que responsable de traitement. COLONNA FACILITY, en qualité de délégataire de gestion du contrat d'assurance et dans le respect des missions convenues avec les co-assureurs, collecte également ces données personnelles.

À ce titre, Malakoff Humanis Prévoyance, KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, Audiens Prévoyance et COLONNA FACILITY s'engagent à respecter la réglementation en vigueur applicable en matière de protection des données personnelles et notamment à traiter les données personnelles pour les seules finalités qui font l'objet du contrat à savoir :

- la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance,
- la gestion de la relation commerciale,
- la mise en place d'actions de prévention,
- la prospection commerciale,
- la lutte contre la fraude et les impayés,
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- le respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Les données personnelles des assurés et des bénéficiaires ne sont transmises à aucun autre destinataire que ceux mentionnés dans la notice d'information.

Malakoff Humanis Prévoyance, KLESIA Prévoyance, entité du groupe KLESIA, Audiens Prévoyance

et COLONNA FACILITY traitent les données personnelles des assurés et des bénéficiaires en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, ils en seraient informés spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de leurs données personnelles.

Sauf précision apportée dans la notice d'information, les données personnelles des assurés et des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Les assurés et bénéficiaires disposent de droits (droit d'accès, de rectification, d'effacement dans certains cas, d'opposition, de limitation du traitement, à la portabilité) qu'ils peuvent exercer auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :

Pour **Malakoff Humanis Prévoyance** :

Par courrier électronique :

dpo@malakoffhumanis.com

Par courrier postal :

Malakoff Humanis

Pôle Informatique et libertés

21 rue Laffitte - 75317 Paris Cedex 09

Pour **KLESIA Prévoyance** :

Par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr

Par courrier postal :

KLESIA Prévoyance

Service INFO CNIL

CS 30027 - 93108 Montreuil Cedex.

Pour **Audiens Prévoyance** :

Par courrier électronique : webmaster@audiens.org

Par courrier postal :

74 rue Jean Bleuzen – 92170 Vanves.

Pour **COLONNA FACILITY** :

Par courrier électronique : dpo@colonnagroup.fr

Par courrier postal :

COLONNA FACILITY

Délégué à la Protection des Données

41207 Romorantin Cedex

Les assurés et les bénéficiaires disposent également d'une possibilité de formuler une réclamation près de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 ou <https://www.cnil.fr/fr/agir>.

Des informations plus détaillées sur le traitement des données sont fournies par Malakoff Humanis Prévoyance, KLESIA Prévoyance, entité du groupe KLESIA, Audiens Prévoyance et COLONNA FACILITY aux assurés et des bénéficiaires dans la notice d'information.

TITRE 2**GARANTIES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ****ARTICLE 13****TABLEAU DES GARANTIES**

Les prestations du régime conventionnel obligatoire sont exprimées en complément du Régime obligatoire de la Sécurité sociale française, sauf indication contraire, et, dans la limite des frais engagés.

Pour les assurés relevant du régime de base Alsace Moselle, le niveau de prestations indiqué au tableau ci-dessous est ajusté afin de garantir un niveau de couverture global (régime de base de la Sécurité sociale + régime conventionnel) strictement identique pour tout salarié en France, quel que soit son régime social d'appartenance.

S'agissant des minima et maxima de couverture prévus au « contrat responsable », il est précisé que l'expression des prestations indiquée dans le tableau ci-dessous, ne peut en aucun cas conduire à ce qu'au cas d'espèce, un salarié bénéficie d'un remboursement inférieur à l'obligation minimale de couverture ou supérieur au plafond maximal ; dans cette hypothèse, la prestation effectivement versée serait augmentée ou diminuée à due concurrence, sans que le salarié puisse se prévaloir de l'expression de la garantie pour être remboursé au-delà des maxima.

TABLEAU DES GARANTIES

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLÉMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
HOSPITALISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITÉ	
■ Frais de séjour - Frais de séjour - Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	110 % BR 100 % de la participation forfaitaire
■ Forfait journalier hospitalier	100 % Frais réels
■ Frais et honoraires chirurgicaux - Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée * - Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM + 230 % BRSS TM + 100 % BRSS
■ Chambre particulière - Non remboursée par la SS - Chambre particulière de nuit (hors maternité) - Chambre particulière de jour (CPA) (hors maternité)	50 € / jour 50 € / jour
■ Lit d'accompagnant - Non remboursé par la SS - Frais de lit d'accompagnant	15 € / jour
■ Maternité - Chambre particulière (8 jours maximum) - Allocation de naissance ou adoption	1,5 % PMSS / jour 8 % PMSS / enfant
DENTAIRE	
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES 100 % SANTÉ** (DANS LA LIMITE DES HONORAIRES LIMITE DE FACTURATION DÉFINIS AUX CONDITIONS GÉNÉRALES)	
A compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire	Prise en charge intégrale (***)
■ Soins - Soins dentaires	TM
■ Prothèses autres que 100 % Santé :	
Panier maîtrisé⁽¹⁾ (dans la limite des Honoraires Limites de Facturation définis aux Conditions Générales)	
- Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale - Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	200 % BRSS 300 % BRSS
Panier libre⁽²⁾	
- Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale - Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	200 % BRSS 300 % BRSS
■ Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : - Par prothèse	322,50 €
■ Orthodontie ⁽³⁾ - Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale - Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans)	166 % BRSS 193,50 € par semestre
■ Implantologie - Implants dentaires (hors prothèse dentaire)	300 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES OU ÉQUIPEMENT PAR OREILLE	
JUSQU'AU 31/12/2020 : Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Prothèses auditives de Classe I ou II remboursées par la Sécurité sociale	400 € par oreille + 65 % BRSS (Minimum TM)
Accessoires et fournitures :	100 % BRSS
Le poste ci-dessus est remplacé par les postes de garantie ci-dessous, lesquels s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter du 1^{er} janvier 2021.	
À PARTIR DU 01/01/2021 : Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
■ Équipements 100 % Santé ** - Aides auditives de Classe I **** ;	Prise en charge intégrale ⁽⁴⁾
■ Équipements autres que 100 % Santé : Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale Aides auditives de Classe II **** : - Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité***** - Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400 € par oreille + 65 % BRSS (Minimum TM) 400 € par oreille + 65 % BRSS (Minimum TM)
Accessoires et fournitures :	100 % BRSS

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLÉMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
SOINS COURANTS	TM
■ Honoraires médicaux :	
Généralistes	
- Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM + 20 % BRSS
- Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM
Spécialistes	
- Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM + 20 % BRSS
- Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM
■ Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, et Actes techniques médicaux	
- Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM + 20 % BRSS
- Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire
■ Imagerie médicale, radiologie, échographie	
- Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM
- Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM
■ Honoraires paramédicaux :	
- Auxiliaires médicaux (ex : Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	TM
■ Analyses médicales	TM
■ Matériel médical inscrit à la Liste des Produits de Prestations	
- Prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale autres que dentaires et auditives	65 % BRSS
- Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale	100 % BRSS
■ Médicaments :	
- Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	TM
- Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	TM
- Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	TM
Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité sociale	3 % PMSS / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité sociale) ⁽⁵⁾	80 € par an / bénéficiaire
Honoraires de dispensation du pharmacien y compris la vaccination antigrippale	TM
■ Cures thermales	
- Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	TM
■ Frais de transport sanitaire remboursé par la Sécurité sociale	
- Ambulance, taxi conventionné	TM
■ Prévention	
- Actes de prévention en application de l'art. R.871-2 du Code de la sécurité sociale ⁽⁵⁾	Pris en charge (min. TM)
■ Médecine additionnelle et de prévention - Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel - Non remboursée par la Sécurité sociale	
- Ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, pédicurie-podologie	300 € / an / bénéficiaire

OPTIQUE - ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales ⁽⁶⁾	NIVEAUX D'INDEMNISATION Y COMPRIS SÉCURITÉ SOCIALE
■ Équipements 100 % Santé ** - Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale ⁽⁴⁾
■ Équipements autres que 100 % Santé (Classe B) Par verre : - Unifocaux : sphère de 0 à 4 et de -4 à 0, quel que soit le cylindre - Unifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de -6 à -4,25, quel que soit le cylindre - Unifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de -8 à -6,25, quel que soit le cylindre - Unifocaux : sphère au-delà de 8,25 et -8,25, quel que soit le cylindre - Multifocaux : sphère de 0 à 4 et de -4 à 0, quel que soit le cylindre - Multifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de -6 à -4,25, quel que soit le cylindre - Multifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de -8 à -6,25, quel que soit le cylindre - Multifocaux : sphère au-delà de 8,25 et -8,25, quel que soit le cylindre	160 € 160 € 222 € 277 € 250 € 288 € 300 € 311 €
■ Monture	100 €
■ Lentilles	
- Lentilles correctrices prescrites remboursées par la SS (y compris jetables)	273,70 € par an et par bénéficiaire (minimum TM)
- Lentilles correctrices prescrites non remboursées par la SS (y compris jetables)	250 € par an et par bénéficiaire
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	100 % BRSS

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. À titre indicatif, le montant du PMSS s'élève à 3428 € en 2020.

TM : Ticket Modérateur

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

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

*** Dans la limite des frais réellement engagés.

**** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.

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

(1) Prothèses dentaires à tarifs maîtrisées remboursées par la Sécurité sociale, tels que définis réglementairement.

(2) Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale, tels que définis réglementairement.

(3) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

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

(5) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr).

(6) Délai de renouvellement de 2 ans pour les assurés à compter de 16 ans (1 an en cas d'évolution de la vue), 1 an pour les enfants de moins de 16 ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie (absence de délai en cas d'évolution liée à l'une des pathologies limitativement définies par arrêté ministériel).

SANTÉ HCR



- MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE, INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RÉGIE PAR LE LIVRE IX DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, SIÈGE 21 RUE LAFFITTE 75009 PARIS - N° SIREN 775 691 181
- KLESIA PRÉVOYANCE, INSTITUTION DE PRÉVOYANCE, RÉGIE PAR LE TITRE III DU LIVRE IX DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, AYANT SON SIÈGE SOCIAL 4 RUE GEORGES PICOUART 75017 PARIS
- AUDIENS PRÉVOYANCE, INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RELEVANT DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, AYANT SON SIÈGE SOCIAL 74 RUE JEAN BLEUZEN, 92170 VANVES