

Frais de santé

NOTICE D'INFORMATION

commune aux contrats collectifs

convention collective nationale des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiments, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes dite SDLM (IDCC 1404)

Assurés par MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Sommaire

LEXIQUE	5
PARTIE 1 DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTE	10
TITRE I DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT	10
1.1. Caractère de l'adhésion et nature du contrat	10
1.2. Objet du contrat	10
1.3. Degré élevé de solidarité	11
1.4. Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat	11
1.5. Obligations d'informations du <i>souscripteur</i>	12
1.6. Révision du contrat	12
TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES A L'AFFILIATION AU CONTRAT	14
2.1. Conditions et formalités d'affiliation	14
2.2. Prise d'effet de l'affiliation	15
2.3. Cessation de l'affiliation	16
TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES	17
3.1. Objet des garanties	17
3.2. Prise d'effet et cessation des garanties	17
3.3. Les prestations	17
3.4. Règlement des prestations	19
TITRE IV MAINTIEN DES GARANTIES	21
4.1. En cas de suspension du contrat de travail	21
4.2. En cas de cessation du contrat de travail (<i>portabilité</i>)	21
4.3. En cas de rupture du contrat de travail : Maintien individuel des garanties aux anciens salariés et <i>ayants droit</i> de salariés décédés	22
TITRE V COTISATIONS	23
5.1. Montant et structures des cotisations	23
5.2. Modalités de paiement	24
5.3. Défaut de paiement	25
TITRE VI REFERENCES LEGALES	26
6.1. Fausse déclaration	26
6.2. Déchéance	26
6.3. Prescription	26
6.4. Subrogation	27
6.5. Réclamation - Médiation	27
6.6. Juridiction compétente	27
6.7. Protection des données à caractère personnel	27
6.8. Autorité de contrôle	29
TITRE VII PIECES JUSTIFICATIVES	30
7.1. Pièces nécessaires à l'affiliation	30
7.2. Pièces nécessaires au paiement des prestations	30

PARTIE 2 DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTE RESPONSABLES	32
TITRE I NATURE DU CONTRAT	32
TITRE II PRECISIONS SUR L'APPLICATION DU 100 % SANTE.....	33
2.1. Optique.....	33
2.2. Dentaire.....	35
2.3. Aide auditive	35

Lexique

Pour plus de clarté, les termes souvent utilisés dans le contrat sont en italiques et sont définis dans ce lexique :

Principaux termes utilisés :

Assisteur | **Auxia Assistance**,
SA au capital de 1 780 000 euros,
Entreprise régie par le Code des assurances,
Siège social 21 rue Laffitte 75009 Paris - 351 733 761 RCS Paris.

Organisme assureur | **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.
Le contrat est régi par le **Code de la sécurité sociale**.
Dans la suite du texte, les termes « membre adhérent » et « membre participant »
définis à l'article L931-3 du Code de la sécurité sociale seront remplacés
respectivement par « *souscripteur* » et « assuré » ;

Souscripteur | La personne morale relevant de convention collective nationale des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiments, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes dite SDLM (IDCC 1404), qui a conclu le contrat d'assurance avec *l'organisme assureur* au bénéfice des salariés appartenant à la *catégorie assurée*.

Catégorie assurée | L'ensemble des salariés du *souscripteur* appartenant à la *catégorie assurée* définie aux conditions particulières, répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 2.1.1. « Personnes assurables ».

Assuré | La personne physique, affiliée au contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la *catégorie assurée*.

Ayants droit | Le *conjoint* est :

- l'époux ou l'épouse de l'assuré, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e) ;
- ou à défaut, le partenaire de l'assuré lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil ;
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS).

En fonction de la structure de cotisation retenue par le souscripteur le *conjoint* peut être :

- **à charge** c'est-à-dire qui est en mesure de prouver qu'il n'exerce aucune activité professionnelle et ne perçoit aucun revenu (salaires, traitements ou revenus de remplacement) ;
- **non à charge** c'est-à-dire qui exerce une activité professionnelle et perçoit un revenu (salaires, traitements ou revenus de remplacement).

Les enfants à charge :

sont ceux de l'*assuré* ou ceux de son *conjoint* qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être âgés de moins de 21 ans ;

- bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle ;
- être fiscalement à la charge de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

La limite d'âge de 21 ans est portée à 28 ans pour les enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC ;
- s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;
- s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La limite d'âge est supprimée pour les enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge prévue ci-dessus (21 ou 28 ans sous conditions).

Bénéficiaires

- l'assuré ;
- les ayants droit, sous réserve de la structure de cotisation choisie et décrite aux conditions particulières ainsi que des dispositions mentionnées à l'article 3.2.1. « Prise d'effet des garanties ».

Contrat socle Notice d'information

C'est le contrat qui intervient immédiatement après la *Sécurité sociale* et avant un éventuel *contrat surcomplémentaire*.

Ce contrat collectif complémentaire responsable à adhésion obligatoire se compose de 3 niveaux de couverture au choix du *souscripteur* :

- base ;
- option 1 ;
- option 2.

Il propose également 4 structures de cotisations au choix du *souscripteur* :

- salarié seul ;
- salarié et ayants droit ;
- famille ;
- famille à charge.

Les structures, salarié seul ou salarié et ayants droit sont régies par la notice n° 9138/2.

Les structures, famille ou famille à charge sont régies par la notice n° 9139/2.

Dans la suite de la notice, le contrat sera décrit comme étant le contrat « *socle* ».

Contrat extension Notice d'information

C'est le contrat qui permet à l'*assuré* d'étendre ses garanties à son conjoint et/ou à son(s) enfant(s) en fonction de la structure de cotisation choisie par le souscripteur dans le cadre du contrat *socle*.

La structure conjoint et enfant(s) est régie par la notice n° 9138/2.

La structure conjoint non à charge est régie par la notice n° 9139/2.

Les ayants droit bénéficient du même niveau de garanties que l'*assuré*.

La cotisation correspondante à ce contrat est à la charge exclusive de l'*assuré*.

Dans la suite de la notice, le contrat sera décrit comme étant le contrat « *extension* ».

Contrat surcomplémentaire

C'est le contrat qui intervient sous déduction du remboursement opéré par la *Sécurité sociale* et le contrat socle dans la limite des frais réels.

Notice d'information Ce permet à l'assuré d'améliorer ses garanties et celles de ses ayants droit éventuels en fonction de la structure de cotisation choisie par le souscripteur dans le cadre du contrat *socle*.

L'assuré peut demander à atteindre un niveau de couverture supérieur :

- option 1 ;
- option 2.

Les structures, salarié seul ou salarié et ayants droit sont régies par la notice n° 9138/2.
Les structures, famille ou famille à charge sont régies par la notice n° 9139/2.
Les ayants droit bénéficient du même niveau de garanties que l'assuré.
La cotisation correspondante à ce contrat est à la charge exclusive de l'assuré.
Dans la suite de la notice, le contrat sera décrit comme étant le contrat « *surcomplémentaire* ».

Autres termes utilisés :

Accident | Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.

Actes | Les *actes* pris en considération sont ceux :

- référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement ;
- non référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures mais expressément prévus aux Conditions particulières qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET, ADELI ou RPPS.

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) | Le tarif servant de base de calcul à la *Sécurité sociale* pour rembourser les frais médicaux. Les BR sont consultables sur le site ameli.fr.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'*UNOCAM* et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).

Les professionnels de santé *conventionnés* exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.

Déclaration sociale nominative (DSN) | La *DSN* est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.

Forfait patient urgence | La loi de financement de la *Sécurité sociale* pour 2021 a prévu la mise en place du *forfait patient urgences* pour les passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. Désormais, la facturation est modifiée et fixée forfaitairement quels que soient les *actes* et soins médicaux. Le remboursement est réalisé dans les mêmes conditions que l'était celui du *ticket modérateur*.

Franchise | La *franchise* est une somme déduite par la *Sécurité sociale* de ses remboursements sur les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

La *franchise* n'est pas remboursée par l'*organisme assureur*.

Voir aussi *participation forfaitaire*.

Maladie	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
Maternité	Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance <i>maternité</i> .
Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	Ce montant est calculé ainsi : $[Base\ de\ remboursement\ (BR)] \times [Taux\ de\ remboursement\ appliqué\ par\ la\ Sécurité\ sociale]$.
Nomenclature	Codification des <i>actes</i> et des médicaments donnant lieu à remboursement de la <i>Sécurité sociale</i> .
Parcours de soins	Obligation pour tout <i>assuré</i> de plus de 16 ans de passer par son médecin traitant avant toute consultation d'un médecin spécialiste à l'exception des cas suivants sauf : <ul style="list-style-type: none">▪ en cas d'urgence ;▪ d'éloignement du domicile ;▪ ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé : ophtalmologue ;<ul style="list-style-type: none">- gynécologue ;- stomatologue ;- psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 à moins de 26 ans. <p>Le non-respect du parcours de soin engendre la majoration du <i>ticket modérateur</i> qui ne sera pas pris en charge par l'<i>organisme assureur</i>.</p>
Participations forfaitaires et franchise médicale	<p>1. Participation forfaitaire d'un Euro :</p> <p>Montant forfaitaire non remboursé par la <i>Sécurité sociale</i> qui concerne les consultations, les <i>actes</i> des médecins et les <i>actes</i> biologiques.</p> <p>Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'organisme assureur.</p> <p>2. Participation forfaitaire « <i>actes lourds</i> »</p> <p>Ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les <i>actes</i> supérieurs au montant fixé par l'État et dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.</p> <p>Cette participation forfaitaire est remboursée par l'<i>organisme assureur</i>.</p>
Plafond annuel de la Sécurité sociale	Plafond de la <i>Sécurité sociale</i> est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1 ^{er} janvier. Il est utilisé pour : <ul style="list-style-type: none">▪ le calcul du montant des cotisations ;▪ certaines prestations exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr
Portabilité	Dispositif qui permet le maintien des garanties frais de santé aux anciens salariés demandeurs d'emploi et <i>bénéficiaires</i> de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale pendant une certaine durée.
Prestations en nature	Remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les <i>bénéficiaires</i> .
Procédures collectives	Procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L621-1 et suivants, L631-1 et suivants, L641-1 et suivants du Code de commerce et consultables sur le site www.légifrance.fr

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

- du ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par la Sécurité sociale) ;
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ;
- des éventuels dépassements d'honoraires ou tarifaires ;
- de l'éventuel forfait journalier hospitalier ;
- des frais liés aux soins et prestations non prises en charge par la Sécurité sociale.

L'organisme assureur couvre, selon le caractère responsable et solidaire du contrat ou non et selon les postes de garanties, tout ou partie du reste à charge.

La participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'organisme assureur.

Secteur conventionné | L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la *Sécurité sociale* et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce *secteur conventionné*, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la *Sécurité sociale*. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la *Sécurité sociale*. Le *ticket modérateur* et le dépassement de la base de remboursement du *régime obligatoire* sont à la charge des *bénéficiaires*.

Secteur non conventionné | L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la *Sécurité sociale* et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des *actes* par la *Sécurité sociale* est alors effectué sur une base minorée.

Sécurité sociale (Régime obligatoire) | Régime général ou local de *Sécurité sociale* française dont dépendent les *bénéficiaires*.

Service médical rendu (S.M.R.) : Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par la *Sécurité sociale*.

Sinistre | La survenance des soins.

Support durable | Tout instrument permettant à l'utilisateur de services de paiement de stocker les informations qui lui sont personnellement adressées d'une manière telle que ces informations puissent être consultées ultérieurement pendant une période adaptée à leur finalité et reproduites à l'identique ;

Ticket Modérateur | Participation de l'*assuré* aux tarifs définis par la *Sécurité sociale* pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite, majorée ou supprimée dans certains cas mentionnés au Code de la sécurité sociale.

Le Ticket Modérateur est égal à la différence entre la Base de Remboursement de la *Sécurité sociale* (BR) et le Montant Remboursé (MR) par celle-ci.

UNOCAM | Union nationale des organismes d'assurance *maladie* complémentaire, association, fondée le 23 mai 2005, représente à travers ses membres tous les opérateurs en assurance *maladie* complémentaire. Ces derniers échangent et se concertent pour construire des positions communes sur toute question relative à l'assurance *maladie* et à l'évolution du financement du système de santé. Dans ce cadre, l'*UNOCAM* a établi un « glossaire » explicatif des termes utilisés par les différents acteurs permettant aux assurés de mieux comprendre leurs garanties.

Ce « glossaire » est consultable sur :

<https://unocam.fr/glossary/>

PARTIE 1

Dispositions communes aux contrats collectifs santé

TITRE I Dispositions relatives à la vie du contrat

Les présentes dispositions communes (Partie 1) s'appliquent pour la souscription d'un ou de plusieurs contrats. Lorsque plusieurs contrats sont souscrits, ceux-ci sont juridiquement distincts : un numéro de contrat propre leur est attribué.

En complément des dispositions communes exposées à la présente Partie 1, s'appliquent les dispositions spécifiques aux contrats responsables de la Partie 2, pour les contrats « *socle* », « *extension* » et « *surcomplémentaire* », selon la nature du (ou des) contrat(s) souscrit(s), telle qu'explicitée à l'article 1.1. « Caractère de l'adhésion et nature du contrat ».

Le(s) contrat(s) relève(nt) des branches d'activité 1 (*Accidents*) et 2 (*maladie*).

Ce(s) contrat(s) sont dédié(s) aux entreprises relevant de la Branche professionnelle :

- **des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiments, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes dite SDLM (IDCC 1404).**

1.1. Caractère de l'adhésion et nature du contrat.

Selon les modalités choisies par le *souscripteur* et rappelées dans les conditions particulières le contrat souscrit est :

- soit un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire (contrat « *socle* ») ;
- soit un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative (contrats « *extension* » et « *surcomplémentaire* »).

La nature du contrat peut être :

- soit complémentaire (contrats « *socle* » et « *extension* ») ;
- soit surcomplémentaire (contrat « *surcomplémentaire* »).

Ces contrats sont juridiquement distincts. La souscription d'un contrat n'emporte pas de plein droit souscription à l'autre contrat.

Selon le choix du *souscripteur*, les *ayants droit* peuvent bénéficier des garanties du contrat à titre obligatoire ou facultatif.

Le périmètre de mutualisation est constitué de l'ensemble des entreprises relevant de la Convention collective nationale des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiments, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes, ayant souscrit aux conditions tarifaires et pour les seules garanties prévues dans l'accord de branche auprès de l'un des organismes assureurs recommandés.

1.2. Objet du contrat

Le contrat a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'*organisme assureur* accorde aux membres de la *catégorie assurée* le remboursement de tout ou partie de frais de santé à hauteur des garanties souscrites et dans la limite de la dépense réellement engagée.

Le contrat frais de santé est susceptible d'être complété d'avenants venant modifier les dispositions de celui-ci.

Il ouvre droit à des garanties d'assistance dans le cadre du(des) contrat(s) complémentaire(s) « *socle* » et « *extension* ». La notice d'information de l'organisme assureur est jointe au contrat.

Le montant de la cotisation relative à la garantie assistance respecte le plafond de la doctrine administrative permettant au *souscripteur* de bénéficier des exonérations de cotisations sociales conformément à l'article L.242-1 alinéas 6 à 8 du Code de la sécurité sociale.

1.3. Degré élevé de solidarité

Outre la garantie de frais de santé, les dispositions de la Convention collective nationale des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiments, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes prévoient la mise en œuvre d'actions relevant d'un degré élevé de solidarité, dans le respect des dispositions du décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014.

Chaque année, la Commission paritaire chargée de la négociation collective examine les dépenses relevant du dispositif de solidarité ; elle détermine les orientations à appliquer pour l'année civile en cours ou le(s) exercices(s) ultérieur(s).

L'organisme assureur informera les souscripteurs des décisions prises par les partenaires sociaux.

1.4. Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat

1.4.1. Date d'effet, durée

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières sous réserve qu'il soit régularisé et retourné signé à l'*organisme assureur* dans les 2 mois à compter de sa date d'émission.

Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.

1.4.2. Renouvellement

Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.

1.4.3. Résiliation

Chacune des parties signataires du contrat peut résilier le contrat 2 mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cas échéant le cachet de la poste faisant foi).

La résiliation à l'initiative de l'*organisme assureur* s'effectue par lettre recommandée.

Les dispositions ci-après 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.

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, le *souscripteur* peut résilier le contrat sans frais ni pénalités. Cette résiliation prend effet à défaut d'accord des parties 1 mois après la réception par l'*organisme assureur* de la notification du *souscripteur*.

Lorsque le *souscripteur* dans le cadre d'un contrat à adhésion obligatoire ou facultative a le droit de résilier le contrat, la notification de la résiliation peut être effectuée, au choix :

- soit par lettre ou tout autre *support durable* ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'*organisme assureur* ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque l'*organisme assureur* 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 du *souscripteur*.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative (contrats « *extension* » et « *surcomplémentaire* »), l'*assuré* a également le droit de dénoncer l'affiliation selon les mêmes modalités que le *souscripteur*.

Le contrat prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles des articles 1.6. « Révision du contrat » et 5.3. « Défaut de paiement ».

Lorsque le contrat est de nature complémentaire ou surcomplémentaire, il ne peut perdurer que si le *contrat socle* est en vigueur.

Si le *souscripteur* souhaite résilier le contrat frais de santé conclu pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte du *souscripteur* souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au contrat. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

1.5. Obligations d'informations du *souscripteur*

1.5.1. Obligations générales

Le *souscripteur* doit :

- s'engager à remettre à chacun de ces salariés la notice d'information ainsi que le formulaire individuel d'affiliation leur permettant de changer de bénéficiaires et, le cas échéant d'améliorer leur garanties ;
- transmettre les pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations dans les délais prévus au contrat.

1.5.2. Obligations liées à la territorialité

L'*assuré* bénéficie des garanties lorsqu'il exerce son activité :

- sur le territoire français ;
ou
- hors de ce territoire :
 - lors de déplacements privés ou professionnels de moins de 3 mois ;
 - ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L761-1 et 2 du Code de la sécurité sociale, et dans les conditions prévues à l'article 3.3.1. « Territorialité de la couverture - soins à l'étranger ».

De ce fait, les salariés expatriés ne sont pas couverts.

1.5.3. Information des assurés

L'*organisme assureur* établit et remet au *souscripteur* un exemplaire de la notice d'information définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de *sinistre*.

Conformément aux dispositions légales :

- il est de la responsabilité du *souscripteur* de remettre aux assurés la notice d'information établie par l'*organisme assureur* et de porter à la connaissance des assurés les modifications apportées à leurs droits et obligations ;
- la preuve de la remise de la notice d'information ou de l'information relative aux modifications des droits et obligations incombe au *souscripteur*.

1.6. Révision du contrat

Le contrat peut être modifié dans les conditions ci-dessous.

Le *souscripteur* peut toujours refuser la proposition en respectant les conditions visées à l'article 1.6.3 « Modalités de révision ».

1.6.1. Évolutions législatives ou réglementaires

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la *Sécurité sociale*, le contrat peut être modifié en cours d'année.

Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date mentionnée sur la notification de la modification.

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

1.6.2. Évolution juridique ou économique du *souscripteur*

Le *souscripteur* doit informer l'*organisme assureur* de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique, lorsque celle-ci a pour conséquence de le faire cesser de relever de la Convention collective nationale des entreprises de la maintenance, distribution et location de matériels agricoles, de travaux publics, de bâtiments, de manutention, de motoculture de plaisance et activités connexes.

Dans ce cas, le contrat est résilié au plus tard à l'expiration de la période de survie de 12 mois prévu à l'article L.2261-14 du Code du travail.

1.6.3. Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, le *souscripteur* peut toujours refuser la proposition de l'*organisme assureur* dans les 30 jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 1.4. « Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat »**. Le contrat est alors résilié dans les 10 jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les 30 jours de l'envoi de la notification de l'*organisme assureur*, ce dernier considérera que le *souscripteur* a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

2.1. Conditions et formalités d'affiliation

2.1.1. Personnes assurables

Dans le cadre du contrat « *socle* » à adhésion obligatoire, et sous réserve qu'elles aient été déclarées à l'*organisme assureur* », les personnes pouvant être assurées sont :

- la totalité des salariés du souscripteur, appartenant à la catégorie assurée définie aux conditions particulières :
 - ceux dont le contrat de travail est en vigueur ;
 - ceux dont le contrat de travail est suspendu et bénéficiant d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement (**exemple** : activité partielle, congé de remplacement...) versé par le souscripteur ;**ou**
en arrêt de travail et indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que le souscripteur finance au moins pour partie ;
- les anciens salariés du souscripteur bénéficiant d'un maintien de leurs droits à un contrat collectif au titre de la portabilité.

Cas particuliers :

Conformément à l'Accord de Branche, les personnes dont le contrat de travail est suspendu pour une autre cause que *maladie* ou *accident* sans maintien de rémunération, bénéficient aussi du contrat lorsque le congé non rémunéré n'excède pas 1 mois consécutif.

Ce maintien de garanties s'effectue dans les conditions et modalités de financement spécifiées à l'article 4.1.2. « Suspension du contrat de travail non rémunéré ».

Dans le cadre du contrat « *surcomplémentaire* » à adhésion facultative, toutes les personnes définies ci-avant, peuvent bénéficier du contrat, si elles le souhaitent.

REMARQUES :

Les *ayants droit* bénéficient des mêmes garanties que le salarié assuré dans les conditions de l'article 3.2.1. « Prise d'effet des garanties ».

2.1.2. Formalités d'affiliation

Dans certains cas, les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la *DSN* (le choix d'option par le salarié et la déclaration des *ayants droit* etc...).

Sur demande de l'*organisme assureur*, les personnes assurables doivent alors accomplir les formalités d'affiliation suivantes :

- si nécessaire, transmettre les formulaires individuels d'affiliation signés ;
- si le contrat le prévoit, choisir l'option de garanties ;
- déclarer ses éventuels *ayants droit* à couvrir à titre obligatoire ou facultatif, selon le contrat souscrit.

Les éléments d'affiliation ci-dessus doivent être transmis dans les 30 jours qui suivent la date d'affiliation demandée par le *souscripteur*. La prise d'effet de l'affiliation est fixée conformément aux dispositions du contrat.

Dans le cadre des contrats collectifs à adhésion facultative « *extension* » ou « *surcomplémentaire* », les salariés peuvent demander leur affiliation conformément aux dispositions ci-avant et déclarer le cas échéant les *ayants droit* à couvrir uniquement dans les 6 mois qui suivent la date :

- d'effet du contrat ;
- d'entrée dans la *catégorie assurée* (embauche, promotion, cessation de dispense d'affiliation du contrat obligatoire) ;
- de changement de situation familiale (mariage, Pacs, concubinage ou naissance...);
- de changement de situation professionnelle du conjoint.

Les *ayants droit* couverts au titre du contrat « *surcomplémentaire* » sont les mêmes que ceux couverts au titre du contrat « *socle* » et « *extension* ».

2.1.3. Choix du niveau de couverture par le souscripteur dans le cadre du contrat « socle »

Le choix effectué par *le souscripteur*, est définitif pour l'année en cours. Le changement de garanties est possible à effet du 1^{er} janvier sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédent.

2.1.4. Choix d'options par l'assuré dans le cadre du contrat « surcomplémentaire »

Les garanties à options figurent aux conditions particulières.

L'assuré doit demander à s'affilier à l'une des options dans les conditions suivantes :

■ Choix de l'option

En fonction du choix opéré par *le souscripteur* dans le cadre du contrat « socle » l'assuré peut améliorer ses garanties et demander à atteindre un niveau de couverture supérieur.

Il exprime son choix lors de son affiliation, en remplissant le bulletin individuel d'affiliation.

Ce choix s'applique à l'assuré et à l'ensemble de ses *ayants droit*.

Choix de l'entreprise pour le contrat « socle » :	Choix possible pour l'assuré :	
	Option 1	Option 2
Socle	X	X
Option 1	-	X
Option 2	-	-

■ Modalités de changement d'option

L'assuré peut modifier son choix :

vers une option supérieure :

- à tout moment avec prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit la réception de sa demande, la demande de modification devant parvenir à l'organisme assureur avant le 31 octobre qui précède ;
- au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande par l'organisme assureur, en cas de changement de situation de famille ou de changement de situation professionnelle du conjoint.

vers une option inférieure :

- tous les 2 ans avec prise d'effet au 1^{er} janvier, la demande de modification devant parvenir à l'organisme assureur avant le 31 octobre qui précède ;
- au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande par l'organisme assureur, en cas de changement de situation de famille ou de changement de situation professionnelle du conjoint.

En tout état de cause, l'assuré peut dénoncer son affiliation au présent contrat pour lui et l'ensemble de ses bénéficiaires, dans les modalités prévues à l'article 1.4. « Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat ».

Toute nouvelle affiliation n'est possible qu'à l'issue d'un délai de 2 années civiles suivant la dénonciation.

REMARQUES : le *contrat surcomplémentaire* n'est pas une option du *contrat socle*.

2.2. Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet dans les conditions suivantes sous réserve de la réception du bulletin individuel d'affiliation dans les délais prévus à l'article 2.1. « Conditions et formalités d'affiliation ».

Si le bulletin individuel d'affiliation n'est pas transmis dans ce délai ou s'il est incomplet, l'affiliation sera effective à la date d'effet de l'accord exprès de l'*organisme assureur*.

2.2.1. A la souscription du contrat

Dans le cadre du contrat « *socle* » à adhésion obligatoire, l'affiliation des personnes assurables prend effet à la même date que le contrat.

Dans le cadre des contrats à adhésion facultative « *extension* » et « *surcomplémentaire* », l'affiliation des personnes assurables souhaitant bénéficier du contrat prend effet au plus tôt à la même date que le contrat.

2.2.2. En cours de contrat

Dans le cadre du contrat « *socle* » à adhésion obligatoire, l'affiliation des personnes assurables prend effet à la date d'entrée dans la *catégorie assurée* (embauche, promotion, cessation de dispense d'affiliation...).

Dans le cadre des contrats à adhésion facultative « *extension* » et « *surcomplémentaire* », l'affiliation des personnes assurables souhaitant bénéficier du contrat prend effet au plus tôt le jour de l'entrée dans la *catégorie assurée* (embauche, promotion, cessation de dispense d'affiliation du contrat obligatoire, de changement de la situation de famille...).

2.2.3. Renonciation à l'affiliation au contrat d'assurance collectif à adhésion facultative

Dans le cadre des contrats à adhésion facultative « *extension* » et « *surcomplémentaire* », l'assuré peut renoncer à son affiliation pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'affiliation a pris effet.

Ce délai expire le dernier jour à 24 heures (minuit). S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le délai n'est pas prolongé.

L'assuré peut demander la renonciation, par l'un des moyens exposés à l'article 1.4 « Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat ».

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les 30 jours suivant la date de réception de la demande par l'*organisme assureur*. Toutefois, si des prestations ont été versées, l'assuré devra les rembourser intégralement avant tout remboursement préalable des cotisations par l'assureur.

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :

« Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète) déclare renoncer à l'affiliation au contrat collectif à adhésion facultative (frais de santé) n°....., ayant pris effet le conformément aux dispositions de l'article 2.2.3. « Renonciation au contrat d'assurance collectif à adhésion facultative ».

2.3. Cessation de l'affiliation

L'affiliation au contrat prend fin pour chaque *assuré* comme suit :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 5.3. « Défaut de paiement » ;
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la *catégorie assurée* ;
- à la date de suspension du contrat de travail sauf dans les cas prévus à l'article 4.1. « En cas de suspension du contrat de travail » ;
- à la date de rupture du contrat de travail, quel qu'en soit le motif, sauf dans les cas prévus à l'article 4.2. « En cas de cessation du contrat de travail (*portabilité*) » ;
- à la date de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf cumul emploi retraite ;
- à la date de résiliation du contrat quel qu'en soit le motif ;
- à la date du décès de l'*assuré*.

Dans le cadre des contrats à adhésion facultative « *extension* » et « *surcomplémentaire* », l'assuré peut dénoncer son affiliation (et par conséquent celle de l'ensemble de ses *ayants droit*) selon les mêmes modalités que celles prévues en cas de résiliation du contrat à l'article 1.4. « Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat » :

- dans un délai de 1 mois suivant la réception de la notice d'information ou de la notice additive établie en cas de modification apportée à leurs droits et obligations ;
- au plus tard le 31 octobre de la première année d'affiliation (effet au 31 décembre minuit) ;
- à tout moment, à compter d'un an d'affiliation au contrat (effet 1 mois de date à date à compter de la réception).

Une nouvelle affiliation au contrat à adhésion facultative est possible à l'issue d'un délai de 2 années civiles suivant la résiliation.

TITRE III Dispositions relatives aux garanties

Les garanties souscrites et les montants des prestations figurent aux conditions particulières.

3.1. Objet des garanties

Les garanties concernent le remboursement, de toutes dépenses liées à une *maladie*, une *maternité* ou à un *accident* :

- dans la limite des frais réels engagés par les *bénéficiaires* ;
- ayant donné lieu au versement de prestations par la *Sécurité sociale*.

Le contrat prévoit le remboursement de certains *actes* non remboursés par la *Sécurité sociale*. Ils sont indiqués aux conditions particulières.

Les prestations sont versées selon les modalités fixées ci-après.

3.2. Prise d'effet et cessation des garanties

3.2.1. Prise d'effet des garanties

■ Pour les assurés

L'*assuré* bénéficie des garanties à partir de la date d'effet de son affiliation au contrat.

■ Pour les ayants droit

Les *ayants droit* peuvent bénéficier des mêmes garanties du contrat à titre obligatoire ou facultatif selon la *structure de cotisation* choisie par le *souscripteur*.

Sous réserve qu'ils aient été déclarés dans les délais prévus à l'article 2.1. « Conditions et formalités d'affiliation » à l'*organisme assureur*, les garanties prennent effet :

- à la même date que les garanties de l'*assuré* ;
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'*ayants droit* ;
- au jour où est intervenu le changement de situation de famille ;
- à la date à laquelle ils cessent de bénéficier d'une dispense d'affiliation si la couverture des *ayants droit* est à titre obligatoire ;
- à défaut, à la date de l'accord de l'*organisme assureur*.

3.2.2. Cessation des garanties

■ Pour les assurés

L'*assuré* ne bénéficie plus des garanties à la date de cessation de son affiliation.

■ Pour les ayants droit

Les *ayants droit* ne bénéficient plus des garanties :

- à la même date que celle de l'*assuré* ;
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions d'*ayant droit* ;
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 5.3. « Défaut de paiement » ;
- dans le cadre d'un contrat à adhésion facultative, à la date à laquelle l'*assuré* ne souhaite plus le faire bénéficier du contrat. La demande doit être faite au moins 2 mois avant la date de cessation souhaitée.

3.3. Les prestations

Le montant des prestations mentionné aux conditions particulières de chaque contrat souscrit, est exprimé soit « remboursement de la *Sécurité sociale* inclus » soit « en complément du remboursement de la *Sécurité sociale* ».

En fonction du choix opéré par le *souscripteur* dans le cadre du contrat « *socle* », le contrat « *surcomplémentaire* » prévoit des options au choix de l'*assuré* qui déterminent le montant des prestations.

Les garanties prises en compte par l'*organisme assureur* pour le calcul des remboursements sont celles en vigueur à la date des soins.

- Pour les actes référencés par la *Sécurité sociale*, la date des soins est celle retenue par la *Sécurité sociale* ;

- Pour les actes non référencés par la *Sécurité sociale*, la date des soins est celle de facturation.

Les demandes de prestations doivent être adressées à l'*organisme assureur* dans un délai de 2 ans à compter de la date des soins tel que prévu à l'article 6.3. « Prescription ».

3.3.1. Territorialité de la couverture - soins à l'étranger

Les soins effectués à l'étranger **peuvent être remboursés sous réserve de respecter les trois conditions cumulatives suivantes, à savoir :**

- survenir dans l'une des situations définies à l'article 1.5.3. « Obligations liées à la territorialité » ;
- avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la *Sécurité sociale* ;
- avoir été engagés en cas d'urgence, de manière inopinée et non programmée.

Les remboursements de ces soins suivent les règles suivantes :

- ils sont établis en fonction de la codification des *actes* médicaux fixée par la *Sécurité sociale* ;
- ils sont effectués en euros, dans la limite des garanties du contrat.

Les soins médicaux pratiqués à l'étranger sont remboursés comme ceux des médecins non-signataires des *dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*.

Les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires sont plafonnées à hauteur du prix pratiqué en France pour des *actes* et des soins équivalents.

3.3.2. Ne sont pas pris en charge par l'organisme assureur :

- les *actes* non remboursés par la *Sécurité sociale*, sauf mention aux conditions particulières ;
- les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou antérieurement à la date d'effet de l'affiliation des *bénéficiaires* ;
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties des *bénéficiaires* ;
- la *participation forfaitaire*, les *franchises*, la majoration du *ticket modérateur hors parcours de soin* prévues par le Code de la sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires non déclarés à la *Sécurité sociale* par le professionnel de santé ;
- tout *acte* pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'*organisme assureur*, même lorsque la *Sécurité sociale* a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ;
- tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'*organisme assureur*, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale ;
- l'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée) ;
- la cigarette électronique.

3.3.3. Limitation du remboursement des chambres particulières :

Sont prises en charge, dans la limite d'un forfait annuel précisé aux conditions particulières, les chambres particulières :

- expressément demandées par le bénéficiaire. L'*organisme assureur* peut demander un justificatif ;
- dont les tarifs sont publiquement affichés ;
- faisant l'objet d'une facturation détaillant les services fournis par l'établissement hospitalier.

En tout état de cause, ne peuvent donner lieu à remboursement :

- les appartements privés ;
- les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la *Sécurité sociale*, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.

3.4. Règlement des prestations

Le règlement des prestations peut s'effectuer via ou hors Noémie :

3.4.1. Via NOEMIE

NOEMIE est une procédure de traitement automatique des remboursements mise en place entre la *Sécurité sociale* et l'*organisme assureur*.

Il appartient à l'*assuré* de demander à bénéficier de ce service auprès de la *Sécurité sociale*.

Elle autorise l'*organisme assureur* à établir une liaison directe avec la caisse de *Sécurité sociale* des *bénéficiaires*. Les *bénéficiaires* peuvent ainsi obtenir un remboursement automatique de l'*organisme assureur* dès lors que la demande de remboursement a été adressée à la *Sécurité sociale*.

Les pièces complémentaires nécessaires au remboursement à adresser à l'*organisme assureur* sont listées au Titre VII « Pièces justificatives ».

3.4.2. Hors NOEMIE

Lorsque l'*assuré* n'a pas adressé de demande de remboursement à la *Sécurité sociale*, par exemple en cas de paiement du *ticket modérateur*, il doit adresser les décomptes de la *Sécurité sociale* et/ou une facture dûment acquittée à l'*organisme assureur* pour obtenir le remboursement.

La transmission par NOEMIE est inopérante si les *bénéficiaires* :

- sont déjà affiliés à une autre complémentaire santé ;
- refusent ce service en le notifiant par écrit à l'*organisme assureur* ;
- s'acquittent du *ticket modérateur* ;
- ou si les *ayants droit* sont affiliés à un régime spécial de *Sécurité sociale* (régime minier, régime de la fonction publique...).

■ Recouvrement des prestations

L'*organisme assureur* se réserve le droit de réclamer à l'*assuré* les prestations indûment versées. (y compris en cas de versement à tort par la *Sécurité sociale*.)

3.4.3. Cumul d'organismes assureurs

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie souscrite.

Le total des remboursements :

- de l'*organisme assureur* au titre des contrats « socle » « extension » et « surcomplémentaire » ;
- de ceux de la *Sécurité sociale* ;
- de tout autre organisme complémentaire ;
- ainsi que les pénalités financières hors *parcours de soin* ;
- la *contribution forfaitaire* et les *franchises médicales* ;

ne peut excéder le montant des frais engagés.

Il en est de même pour les prestations exprimées en forfait annuel. Tout forfait n'est ni reportable ni cumulable d'une année sur l'autre.

3.4.4. Tiers payant

■ La mise en œuvre du tiers payant

Le contrat permet à l'*assuré* et à ses *ayants droit* de bénéficier du tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les *actes* pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la *base de remboursement de la Sécurité sociale*.

Pour que le tiers payant s'applique il est nécessaire que le professionnel de santé soit partenaire de l'opérateur de tiers payant de l'*organisme assureur* et que l'ensemble des pièces justificatives demandées par l'*organisme assureur* soient fournies.

Sans remettre en cause les dispositions spécifiques au contrat responsable et au 100 % santé, les situations suivantes ne permettent pas de réaliser le tiers payant au-delà de la base de remboursement de la *Sécurité sociale* :

- le défaut de consentement écrit de l'*assuré* à la transmission de données détaillées de la *nomenclature* de la *Sécurité sociale* relatives à l'acte ou au dispositif médical via le professionnel de santé.

Il est précisé que ces données sont nécessaires au calcul et au contrôle du remboursement des garanties souscrites.

- l'application par le professionnel de santé, de tarifs analysés comme excessifs par rapport aux prix les plus fréquents constatés sur le marché pour l'équipement délivré.

Dans les cas cités ci-dessus, le bénéficiaire devra avancer une partie des frais et envoyer la demande complétée des pièces justificatives mentionnées au contrat à l'*organisme assureur* afin d'être remboursé à hauteur des garanties souscrites.

Spécificité du tiers payant pour le « 100 % Santé » :

Dans le cadre du « 100 % Santé », le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et audio sans *reste à charge*, c'est à dire à hauteur des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation définis réglementairement.

■ La carte de tiers payant papier et dématérialisée

L'*organisme assureur* adresse une carte de tiers payant qui mentionne notamment :

- le numéro d'adhérent/identifiant de l'*assuré* lui permettant de se connecter à son espace client pour consulter ses remboursements ou fournir des pièces justificatives ;
- les coordonnées de l'*organisme assureur*.

A compter du jour où les garanties cessent, l'*assuré* et ses éventuels ayants-droit ne doivent plus utiliser leur carte de tiers payant et doivent en informer les professionnels de santé auprès desquels leur carte aurait été enregistrée (exemple : Pharmacien).

Si des versements sont effectués à tort par l'*organisme assureur* auprès des professionnels de santé, l'*assuré* devra les rembourser.

La carte de tiers payant peut également être consultée ou téléchargée par l'*assuré* sous format dématérialisé depuis son Espace client (accessible sur PC, tablette, smartphone ou application mobile).

Cette version dématérialisée étant le strict reflet des droits de l'*assuré* et de ses *bénéficiaires* au jour du téléchargement, elle doit être présentée en priorité au professionnel de santé.

3.4.5. Contrôle médical

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

L'*organisme assureur* peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

Si le bénéficiaire refuse de se soumettre à cette expertise, les *actes*, prescriptions et toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, l'*assuré* devra adresser au médecin conseil ou dentiste consultant de l'*organisme assureur*, dans les 30 jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

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

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

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

4.1. **En cas de suspension du contrat de travail**

4.1.1. Suspension du contrat de travail rémunéré

Les garanties continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont :

- *bénéficiaires* d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement (**exemple** : activité partielle, congé de reclassement...) versé par le *souscripteur* ;
ou
- en arrêt de travail et indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que le *souscripteur* finance au moins pour partie.

Tant que les assurés remplissent les conditions ci-avant, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations.

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien.

4.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunéré

Les assurés continuent à bénéficier des garanties lorsque leur contrat de travail est suspendu, sans maintien de rémunération pour les congés qui n'excèdent pas 1 mois consécutif.

Le *souscripteur* doit informer l'*organisme assureur* de la suspension du contrat de travail au moins 30 jours avant sa date d'effet.

Par ailleurs, l'*assuré* doit demander à l'*organisme assureur* le maintien des garanties du contrat, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à sa charge exclusive.

En dehors du cas visé ci-dessus, les garanties ne sont pas maintenues. Elles sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.

4.2. **En cas de cessation du contrat de travail (*portabilité*)**

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à une faute lourde, l'*assuré* et ses *ayants droits* couverts au titre du contrat au moment de la cessation du contrat de travail bénéficient à titre gratuit du maintien des garanties (*portabilité*).

Le *souscripteur* doit en aviser l'*organisme assureur* dans un délai de 30 jours suivant la cessation du contrat de travail.

Le salarié doit effectuer sa demande de maintien de garanties via le formulaire prévu à cet effet. Les justificatifs de prolongation de droits à la *portabilité* seront à transmettre chaque mois selon les mêmes modalités.

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

Il dure tant que l'indemnisation chômage est versée, et dans la limite de la durée :

- du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ;
ou le cas échéant,
- des derniers contrats de travail consécutifs chez le souscripteur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder 12 mois.**

Le maintien des garanties cesse à la date de la :

- cessation du versement des allocations chômage par Pôle Emploi quelle qu'en soit la cause ;
- liquidation de la pension de vieillesse du *régime obligatoire* de l'ancien salarié ;
- cessation de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit ;
- résiliation du contrat.

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 maintien des garanties.

En cas de modifications du contrat d'assurance, celles-ci sont appliquées à l'ancien salarié et à ses *ayants droit*.

4.3. **En cas de rupture du contrat de travail : Maintien individuel des garanties aux anciens salariés et *ayants droit* de salariés décédés**

Après rupture du contrat de travail d'un *assuré*, ce dernier bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi et ayant épuisé ses droits à la *portabilité*, peut demander :

- à bénéficier pour lui seul du maintien des garanties. Ce maintien ne concerne pas ses *ayant droits*. Les garanties sont celles existantes au moment de la rupture du contrat de travail. Des conditions tarifaires encadrées réglementairement s'appliquent en conformité avec le dispositif de l'article 4 de la « Loi Évin » (contrat loi « Évin ») ;

ou

- à souscrire un contrat adapté à sa nouvelle situation hors du dispositif « Loi Évin » (contrat « d'accueil »).

Au décès du salarié, ses *ayants droits bénéficiaires* du contrat peuvent également demander à bénéficier d'un maintien des garanties (contrat loi « Évin ») ou à souscrire à un contrat adapté à leur nouvelle situation (contrat « d'accueil »).

Le choix effectué doit être adressé par écrit à l'*organisme assureur*.

4.3.1. Modalités et prise d'effet du maintien des garanties

Le *souscripteur* doit informer l'*organisme assureur* dans un délai de 30 jours :

- de la rupture du contrat de travail d'un salarié, pouvant prétendre au maintien individuel des garanties ;
- ou
- du décès d'un salarié dont les *ayants droit* peuvent prétendre au maintien.

L'*organisme assureur* leur adressera la proposition de couverture correspondante.

La demande de souscription doit être faite dans les 6 mois suivants :

- la rupture du contrat de travail ;
- ou le terme de la *portabilité* ;
- ou le décès du salarié.

Aucune formalité médicale ou délai d'attente ne sera demandée.

Les garanties prendront effet le jour de la demande et au plus tôt le lendemain :

- de la rupture du contrat de travail ;
- ou du terme de la *portabilité* ;
- ou du décès du salarié.

4.3.2. Garanties proposées dans le cadre de l'article 4 de la loi « Évin » (contrat loi « Évin »)

Le maintien des garanties aux anciens salariés est viager.

Le maintien des garanties aux *ayants droit* d'un *assuré* décédé cesse, quant à lui, au terme d'une période de 12 mois à compter du décès.

Le tarif applicable tiendra compte de la réglementation en vigueur à la date d'effet du maintien des garanties.

4.3.3. Garanties proposées hors du cadre de l'article 4 de la loi « Évin » (« contrat d'accueil »)

Le contrat qui sera proposé s'adaptera aux besoins de couverture de frais de santé et aux ressources :

- des anciens salariés et le cas échéant leur permettra de couvrir leurs *ayants droit* ;
- des *ayants droit* d'un salarié décédé.

Le tarif applicable tiendra compte de ces éléments.

5.1. Montant et structures des cotisations

5.1.1. Assiette et montant

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle. Cette cotisation dépend des garanties souscrites, des dispositions règlementaires et des bases de remboursement de la *Sécurité sociale* en vigueur.

La cotisation est exprimée mensuellement et en euros.

5.1.2. Structures des cotisations

En fonction du choix du *souscripteur*, et selon la situation familiale de l'*assuré* les cotisations sont structurées conformément au tableau ci-après.

■ Dans le cadre du contrat « *socle* »

Structures des cotisations	Les personnes assurées	Les cotisations à payer
Assuré seul	Assuré seul	1 cotisation pour l'assuré
Assuré / Conjoint / Enfant(s)	Assuré Assuré + Conjoint Assuré + Enfant(s) Assuré + Conjoint + Enfant(s)	1 cotisation pour l'assuré 2 cotisations pour l'assuré et conjoint 1 cotisation pour l'assuré et (N) × cotisation enfant* 2 cotisations pour l' <i>assuré</i> et <i>conjoint</i> + (N) × cotisation enfant*
Famille	Assuré + Ayants droit	1 cotisation pour tous
Famille à charge	Assuré + Ayants droit à charge	1 cotisation pour tous

* A compter du 3^{ème} enfant, aucune cotisation supplémentaire n'est due.

En cas d'évolution de la situation familiale de l'*assuré*, la cotisation évolue sous réserve :

- de la déclaration par l'*assuré* dans les conditions de l'article 2.1.2. « Formalités d'affiliation » ;
- que les *ayants droit* puissent bénéficier des garanties du contrat dans les conditions de l'article 3.2. « Prise d'effet et cessation des garanties ».

■ Dans le cadre du contrat « *extension* »

Structures des cotisations	Les personnes assurées	Les cotisations à payer
Conjoint non à charge	Conjoint	1 cotisation pour le conjoint
Conjoint / Enfant(s)	Conjoint Enfant(s) Conjoint + Enfant(s)	1 cotisation pour le conjoint (N) × cotisation enfant* 1 cotisation pour le conjoint et (N) × cotisation enfant*

* A compter du 3^{ème} enfant, aucune cotisation supplémentaire n'est due.

En cas d'évolution de la situation familiale de l'*assuré*, la cotisation évolue sous réserve :

- de la déclaration par l'*assuré* dans les conditions de l'article 2.1.2. « Formalités d'affiliation » ;
- que les *ayants droit* puissent bénéficier des garanties du contrat dans les conditions de l'article 3.2. « Prise d'effet et cessation des garanties ».

La part de cotisations correspondante est à la charge exclusive du salarié.

■ Dans le cadre du contrat « *surcomplémentaire* »

Structures des cotisations	Les personnes assurées	Les cotisations à payer
Assuré seul	Assuré seul	1 cotisation pour l'assuré
Conjoint non à charge	Conjoint	1 cotisation pour le conjoint
Conjoint / Enfant(s)	Conjoint Enfant(s) Conjoint + Enfant(s)	1 cotisation pour le conjoint (N) × cotisation enfant* 1 cotisation pour le conjoint et (N) × cotisation enfant*
Assuré / Conjoint / Enfant(s)	Assuré Assuré + Conjoint Assuré + Enfant(s) Assuré + Conjoint + Enfant(s)	1 cotisation pour l'assuré 2 cotisations pour l'assuré et conjoint 1 cotisation pour l'assuré et (N) × cotisation enfant* 2 cotisations pour l' <i>assuré</i> et <i>conjoint</i> + (N) × cotisation enfant*
Famille	Assuré + Ayants droit	1 cotisation pour tous
Famille à charge	Assuré + Ayants droit à charge	1 cotisation pour tous

* A compter du 3^{ème} enfant, aucune cotisation supplémentaire n'est due.

En cas d'évolution de la situation familiale de l'*assuré*, la cotisation évolue sous réserve :

- de la déclaration par l'*assuré* dans les conditions de l'article 2.1.2. « Formalités d'affiliation » ;
- que les *ayants droit* puissent bénéficier des garanties du contrat dans les conditions de l'article 3.2. « Prise d'effet et cessation des garanties ».

Les bénéficiaires couverts sont strictement identiques à ceux couverts au titre des contrats « *socle* » et « *Extension* », conformément aux articles 2.1.2. « Formalités d'affiliation » et 3.2. « Prise d'effet et cessation des garanties ».

La part de cotisations correspondante est à la charge exclusive du salarié.

5.2. Modalités de paiement

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables :

- dans le cadre du contrat « *socle* » à adhésion obligatoire, par le *souscripteur*, trimestriellement à terme échu dans les 15 premiers jours de chaque échéance.

Le *souscripteur* est le seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

Le *souscripteur* doit respecter les obligations mentionnées à l'article 1.5. « Obligations d'information du *souscripteur* ».

- dans le cadre des contrats « *extension* » et « *surcomplémentaire* » à adhésion facultative, par l'*assuré*, mensuellement d'avance dans les 15 premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement.

L'*assuré* est le seul responsable du paiement des cotisations.

■ Proratation des cotisations

Lorsque le contrat est résilié, le *souscripteur*, ou le cas échéant dans le cadre d'un contrat à adhésion facultative l'*assuré*, ne sont redevables de la partie de cotisation correspondante à la période pendant laquelle le risque est couvert. Cette période est calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

Si une fraction de cotisation s'avère avoir été payée d'avance, celle-ci est alors remboursée.

5.3. Défaut de paiement

L'*organisme assureur* adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception au *souscripteur* ou à l'*assuré* selon le cas, en cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de 15 jours de son échéance,

Si le paiement des cotisations n'intervient pas :

- **dans le cadre du contrat « *socle* » à adhésion obligatoire** : les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure au souscripteur et le contrat est résilié 10 jours après la date d'effet de la suspension.

La résiliation met fin aux garanties pour l'ensemble des *bénéficiaires*.

- **Dans le cadre des contrats « *extension* » et « *surcomplémentaire* » à adhésion facultative** : l'affiliation de l'assuré cesse 40 jours après l'envoi de la mise en demeure.

La cessation de l'affiliation met fin aux garanties pour l'ensemble des *bénéficiaires*.

Dans tous les cas, restent à payer les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de résiliation du contrat ou de cessation de l'affiliation des assurés ou des *ayants droit*.

L'*organisme assureur* a la faculté de poursuivre le recouvrement des cotisations par tous moyens de droit.

6.1. Fausse déclaration

Les déclarations du *souscripteur* et de l'*assuré* servent de base à l'application des garanties.

Dans le cadre des contrats à adhésion obligatoire et facultative :

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'*assuré* ou de la part du *souscripteur* de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation de l'*organisme assureur*.

L'*organisme assureur* doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.

Dans le cadre des contrats « *extension* » et « *surcomplémentaire* » à adhésion facultative :

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, l'*organisme assureur* peut :

- si elle est constatée avant tout *sinistre* : augmenter la cotisation ou résilier le contrat ;
- si elle est constatée après tout *sinistre* : réduire le montant de l'indemnité proportionnellement à la cotisation payée par rapport à celle qui aurait été due si l'*organisme assureur* avait eu en sa possession la déclaration exacte et complète.

6.2. Déchéance

L'*assuré* ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du *sinistre* concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de *sinistre* ou à l'occasion d'un *sinistre*, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du *sinistre* ;
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'*organisme assureur*.

6.3. Prescription

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

Lorsque le *souscripteur*, l'*assuré* ou l'*ayant droit* intente une action en justice à l'encontre de l'*organisme assureur* et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à l'encontre du *souscripteur*, de l'*assuré* ou de l'*ayant droit* ou a été indemnisé par le *souscripteur*, l'*assuré* ou l'*ayant droit*.

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 des articles 2241 à 2243 de ce même Code ;
- un acte d'exécution forcée prévu des articles 2244 à 2246 de ce même Code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception soit que l'*organisme assureur* adresse au *souscripteur* ou à l'*assuré* en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'*assuré* ou ses *ayants droit* adresse(nt) à l'*organisme assureur* en ce qui concerne le règlement de la prestation.

6.4. Subrogation

Lorsque l'*assuré* ou un *ayant droit* est atteint d'une affection ou est victime d'un *accident* susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'*organisme assureur* dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son *organisme assureur*.

Lors de la demande de prestation suite à un dommage causé par un tiers responsable, l'*organisme assureur* doit être informé par l'*assuré* ou ses ayants-droit.

6.5. Réclamation - Médiation

En cas de difficultés dans l'application du contrat, l'*assuré* et/ou ses *ayants droit* peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller ou contact habituel.

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

- pour les *assurés* et *ses ayants droit* : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance- 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l'*assuré* et/ou ses *ayants droit* peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

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

6.6. Juridiction compétente

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

6.7. Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'*assuré* et les *bénéficiaires* sont informés par «Malakoff Humanis Prévoyance », ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

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

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

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'*assuré* et des *bénéficiaires* sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'*assuré* et les *bénéficiaires* ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'*assuré* et des *bénéficiaires* ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des *organismes assureurs*, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'*assuré* et aux *bénéficiaires* de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;

- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'*assuré* et des *bénéficiaires*.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'*assuré* et des *bénéficiaires* pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de *Sécurité sociale*») de l'*assuré* et des *bénéficiaires* pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'*assuré* et des *bénéficiaires* est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

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

Les données de santé de l'*assuré* et des *bénéficiaires* 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 de l'*assuré* et des *bénéficiaires* ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

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

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

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

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

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

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'*assuré* et les *bénéficiaires* disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'*assuré* et les *bénéficiaires* disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique.

6.8. **Autorité de contrôle**

L'*organisme assureur* et l'*assisteurs* sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

TITRE VII Pièces justificatives

7.1. Pièces nécessaires à l'affiliation

■ Dans le cadre du contrat « *socle* » à adhésion obligatoire et des contrats « *extension* » et « *surcomplémentaire* » à adhésion facultative :

Type de bénéficiaire	Pièces à fournir
Assuré	Un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement des prestations (NB. un seul RIB par famille).
Ensemble des <i>bénéficiaires</i>	La photocopie de l'attestation carte vitale délivrée par la <i>Sécurité sociale</i> .
Partenaire de PACS ou concubin	Une déclaration sur l'honneur signée de l' <i>assuré</i> et de son concubin ou de son partenaire de PACS.
Conjoint, partenaire de PACS ou concubin à charge	une déclaration sur l'honneur signée de l'assuré et de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire de PACS précisant qu'il est à charge au sens du contrat.
Pour les <i>enfants à charge</i> qui ne figurent pas sur l'attestation de carte vitale de l' <i>assuré</i> :	Une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du(des) contrat(s) ; Le cas échéant, une copie : <ul style="list-style-type: none">▪ du certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année) ;▪ du contrat d'apprentissage ou d'alternance ;▪ d'une attestation d'inscription à Pôle emploi ;▪ de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion, de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé.

■ Dans le cadre des contrats « *extension* » et « *surcomplémentaire* » à adhésion facultative :

Type de bénéficiaire	Pièce à fournir
Assuré	Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations (si ce moyen de paiement est retenu).

7.2. Pièces nécessaires au paiement des prestations

Le paiement des prestations peut être subordonné à la fourniture de pièces justificatives listées dans le tableau ci-dessous.

Le délai de remboursement des prestations ne court qu'à compter de la réception complète des pièces qui auront été demandées par l'*organisme assureur*.

Toute somme versée à tort sera réclamée par l'*organisme assureur*.

Par ailleurs, ce dernier se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires, avant ou après paiement des prestations.

Ces pièces justificatives sont nécessaires dans les deux cas ci-dessous :

■ **Pour la liquidation de certains actes complexes :**

Lorsque le niveau de prise en charge ne peut être identifié sans la communication de codes détaillés de la *nomenclature* de la *Sécurité sociale*, l'*organisme assureur* appliquera le niveau minimum prévu pour le code regroupé de cette *nomenclature*. Toutefois, si les pièces demandées sont transmises dans les 2 ans à compter de la date des soins, l'*organisme assureur* procédera à la régularisation à hauteur des garanties.

■ **Pour la liquidation de la totalité des actes couverts par le contrat, ponctuellement à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude.**

Si l'*assuré* ne transmet pas les pièces justificatives demandées par l'*organisme assureur* avant ou après le paiement des prestations, il s'expose à une annulation de sa prise en charge. L'*assuré* devra restituer le montant des prestations indument versées.

Domaine de prise en charge	Justificatifs à fournir
Traitement par Noémie	
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés ; ▪ justificatif de la demande de la chambre particulière par l'assuré et de son montant ; ▪ le cas échéant, devis accepté par l'assuré avec les dépassements d'honoraires pour les actes médicaux.
Optique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ devis détaillé et accepté par l'assuré ; ▪ facture détaillée et acquittée ; ▪ le cas échéant, prescription médicale initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ; ▪ le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'opticien.
Dentaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ devis détaillé et accepté par l'assuré ; ▪ facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés.
Aide auditive	<ul style="list-style-type: none"> ▪ devis détaillé et accepté par l'assuré ; ▪ facture détaillée et acquittée par l'assuré ; ▪ le cas échéant, prescription médicale ; ▪ le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'audioprothésiste.

Domaine de prise en charge	Justificatifs à fournir
Traitement hors Noémie	
Consultations et soins remboursés par la <i>Sécurité sociale</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ décompte original de la <i>Sécurité sociale</i> complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le <i>ticket modérateur</i>.
Consultations et soins non remboursés par la <i>Sécurité sociale</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état ⁽¹⁾ dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI ou RPPS.⁽³⁾
Pharmacie prescrite et non remboursée par la <i>Sécurité sociale</i> ⁽²⁾	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée et précisant le nom du produit

⁽¹⁾ **Les acupuncteurs** doivent être des médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'Etat appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire.

⁽²⁾ Liste des pharmacies autorisées à vendre sur internet : <http://www.ordre.pharmacien.fr/e-commerce/search>

⁽³⁾ **RPPS** : répertoire partagé des professionnels de santé.

PARTIE 2

Dispositions spécifiques aux contrats collectifs santé responsables

Ces dispositions complètent la partie 1 de la notice commune aux contrats collectifs santé.

TITRE I Nature du contrat

Les contrats souscrits avec les niveaux :

- base ;
- option 1 ;
- option 2.

Sont « solidaires et responsables ».

Le contrat est « **solidaire** » lorsque le montant des cotisations ne dépend pas de l'état de santé de l'*assuré*.

Il est « **responsable** » lorsqu'il respecte les conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même Code.

En conséquence, 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 la *Sécurité sociale*, sauf pour :
 - les frais de cure thermale ;
 - les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 % ou 30 % ;
 - les spécialités et les préparations homéopathiques.
- la *participation forfaitaire* pour les *actes* mentionnés à l'article R. 160-16 I du Code de la sécurité sociale ;
- l'examen de la vue réalisé par l'opticien lunetier en cas de renouvellement d'une ordonnance lorsqu'il est associé à la délivrance d'un équipement optique ;
- les prestations 100 % SANTE précisées ci-dessous ;
- l'intégralité du « forfait journalier hospitalier » des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, sans limitation de durée.

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*. Dans ce cas :

- le remboursement est minoré de 20 % de la *base de remboursement* du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des *dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* ;
- et
- le remboursement est limité à 200 % de la *base de remboursement*.

Dans le cadre du contrat « *socle* » à adhésion obligatoire, celui-ci prend en charge en plus des prestations prévues au contrat responsable, les remboursements suivants :

- au moins à 125 % de la *base de remboursement de la Sécurité sociale* pour les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale (pour les *actes* autres que ceux mentionnés au 5° de l'article R. 871-2. du Code de la sécurité sociale) ;
- un montant minimum pour des équipements d'optique (verres et monture) de classe B (définie au paragraphe « Précisions sur l'application du 100 % Santé ») soumis au remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés 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 du contrat respectent les **obligations minimales et maximales légales et réglementaires** de prise en charge.

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

Dans le cadre du 100 % Santé, le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et aide auditive sans *reste à charge*, c'est à dire à hauteur :

- des prix limites de vente ;
et
- des honoraires limites de facturation.

TITRE II Précisions sur l'application du 100 % santé

Le contrat comporte des garanties optique, dentaire et aide auditive, les définitions suivantes s'appliquent :

2.1. Optique

■ Généralités

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

Deux classes d'équipement optique sont proposées :

- **l'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge : il 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 »** : il 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 ainsi :

- **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 et monture), la prise en charge s'effectue donc **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**.

Les verres neutres ne sont pas remboursés sauf condition d'appairage. Il s'agit de verres sans correction (dioptrie égale à 0).

Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis ci-dessous :

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 TRES 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

■ Délais de renouvellement

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

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 an suivant la dernière facturation ; ▪ 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture).	renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne ; ▪ soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance. 	sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	aucun délai de renouvellement des verres.	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

2.2. Dentaire

Trois paniers de soins prothétiques sont définis ci-dessous :

- Un panier « **100 % Santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) sans reste à charge : il est remboursé sans pouvoir dépasser les « honoraires limites de facturation ». Ces derniers s'imposent aux dentistes ;
- Un panier aux **tarifs maîtrisés** : il est remboursé sans pouvoir dépasser les « honoraires limites de facturation » et les garanties prévues dans le tableau de garanties ;
- Un panier aux **tarifs libres** : il permet de choisir librement les techniques et les matériaux. Il est remboursé dans la limite des garanties prévues au contrat.

2.3. Aide auditive

Deux classes d'équipement auditif sont définies ci-dessous :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : il est remboursé sans pouvoir dépasser les « prix limites de vente » qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % Santé ;
- L'équipement auditif de « **classe II** » : il 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 ;
 - inclut la prise en charge du *ticket modérateur* ainsi que la part prise en charge par la *Sécurité sociale*.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les 4 ans** suivant sa date de facturation, et qui a fait l'objet d'une prise en charge par la *Sécurité sociale* ou par l'*organisme assureur*. Le délai court indépendamment pour l'équipement de chaque oreille.



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE
Institution de prévoyance régie par le livre IX
du Code de la sécurité sociale
Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris
N° SIREN 775 691 181



AUXIA ASSISTANCE
SA au capital de 1 780 000 €
Entreprise régie par le Code des assu
Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Pa
351 733 761 RCS Paris

Réf : MHP-21169_2204