

COVÉA

Frais de Santé

Contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire

NOTICE D'INFORMATION n° FS 4012

Date d'effet 1^{er} janvier 2021

« Ensemble du personnel »

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	5
INFORMATIONS GÉNÉRALES	6
L'OBJET DU CONTRAT	6
VOTRE AFFILIATION	6
QUAND BÉNÉFICIEZ-VOUS DES GARANTIES ?	7
LES COTISATIONS	10
LES PRESTATIONS	11
QUELLES SONT VOS FORMALITÉS DÉCLARATIVES ?	15
LES GÉNÉRALITÉS DU CONTRAT	16
LES SPÉCIFICITÉS DE VOTRE CONTRAT	19
TABLEAU DE GARANTIES	20
LEXIQUE	23

GLOSSAIRE

Dans votre notice, nous utilisons les termes suivants :

L'organisme assureur est l'Institution de prévoyance qui garantit les risques souscrits. Il sera désigné par **nous**.

L'assuré est le salarié ou ancien salarié bénéficiaire du contrat, c'est-à-dire appartenant à l'une des catégories de personnel prévue au contrat. Il sera désigné par **vous**.

Les ayants droit sont les membres de votre famille bénéficiant, en fonction de la structure d'affiliation, des garanties du contrat.

Par **conjoint** nous entendons :

- votre époux ou votre épouse, non-séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e),
- votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) non dissous et non rompu,
- ou à défaut votre concubin célibataire, divorcé ou veuf, s'il réside sous le même toit que vous, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi, vous et votre concubin ne doivent être mariés, ni l'un ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.

Par **portabilité de la couverture d'assurance** nous entendons le maintien de la garantie frais de santé qui vous est accordé en tant que demandeur d'emploi et bénéficiaire de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

PRÉAMBULE

Ce document qui vous est remis par votre employeur, définit les dispositions réglementaires et contractuelles organisant les rapports entre votre entreprise, vous-même, et Malakoff Humanis Prévoyance

Contrat en complément de la Sécurité sociale et du Régime Professionnel de Prévoyance	Siren n°
ASSISTANCE PROTECTION JURIDIQUE	334 656 386
GMF VIE	315 814 806
MMA IARD	440 048 882
MMA IARD ASSURANCES MUTUELLES	775 652 126
MMA VIE	440 042 174
MMA VIE ASSURANCES MUTUELLES	775 652 118
ASSURANCES MUTUELLES DE France	323 562 678
GMF	775 691 140
GMF ASSURANCES	398 972 901
FIDELIA ASSISTANCE	377 768 601
FIDELIA SERVICES	479 897 936
COVÉA PROTECTION JURIDIQUE	442 935 227
DAS ASSURANCES MUTUELLES	775 652 142
MAAF SANTE	331 542 142
ASSOC POUR LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES	391 169 109
GIE EURODEM	389 316 290
GIE EUROPEX	389 272 030
MAAF ASSURANCES	781 423 280
GIE EURO GESTION SANTE	392 735 171
GIE EUROPARC	389 272 295
GIE LOGISTIC	389 272 139
MAAF VIE	337 804 819
MAAF ASSURANCES SA	542 073 580
GIE RCDI	389 272 386
Contrat en complément de la Sécurité sociale	Siren n°
TELEASSURANCES	339 761 298

Si vous souhaitez de plus amples informations, adressez-vous à votre employeur qui tient l'ensemble des conditions générales et documents contractuels à votre disposition.

Cette notice satisfait aux obligations d'information des assurés (article L.932-6 du Code de la sécurité sociale).

INFORMATIONS GÉNÉRALES

L'OBJET DU CONTRAT

Le contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, souscrit par votre employeur auprès de Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale.

Cette notice a pour objet d'indiquer les conditions dans lesquelles nous vous accordons, ainsi qu'à vos ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais de santé occasionnés en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Les prestations sont indiquées au tableau de garanties joint à votre notice.

Le contrat est souscrit en complément de la Sécurité sociale et du Régime Professionnel de Prévoyance (RPP) pour les assurés en bénéficiant. Les évolutions du Régime Professionnel de Prévoyance entraînent de plein droit la révision de votre contrat.

Vos garanties répondent aux critères qualifiant les contrats de « solidaires et responsables » par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Elles respectent en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Le contrat frais de santé souscrit par votre employeur, ouvre droit aux garanties d'assistance, assurées par FIDELIA Assistance, sous réserve de respecter les dispositions prévues à la notice d'assistance.

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

Malakoff Humanis Prévoyance et FIDELIA Assistance sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

VOTRE AFFILIATION

Structure d'affiliation

Votre structure d'affiliation est « famille/conjoint non à charge fiscalement ».

Sauf cas de dispenses de plein droit prévues par la réglementation sociale en vigueur, votre affiliation est obligatoire.

Elle entraîne de plein droit celle :

- de vos enfants de moins de 18 ans à charge sociale,
- de vos enfants de plus de 18 ans à charge fiscale,
- de votre conjoint à charge fiscalement.

Vous pouvez **à titre facultatif** affilier votre conjoint non à charge fiscalement.

Quelles sont les modalités d'affiliation ?

Votre adhésion ainsi que celle de vos ayants droit, tels que définis ci-dessus, est automatique sous réserve de la communication de votre attestation de Sécurité sociale ou de votre attestation fiscale, le cas échéant.

Vous pouvez également, à titre facultatif, pour le compte de votre conjoint non à charge fiscalement, demander son affiliation au présent contrat **dans les trois mois** qui suivent :

- la date d'effet du contrat,
- la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée,
- un changement de situation de famille (mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un pacte civil de solidarité, prise d'effet ou fin de concubinage, naissance, décès...).

Le cas échéant au 1^{er} janvier de chaque année, la demande devant parvenir avant le 30 novembre de l'année N-1.

Pour ce faire, vous devez compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation et renvoyer un mandat SEPA.

Vous devez signaler tout changement de situation familiale. Vous remettez votre bulletin accompagné des pièces nécessaires à l'affiliation au centre de gestion dans les trente jours suivants la date d'affiliation ou la modification de la situation familiale ou professionnelle.

Fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle de votre employeur de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser notre appréciation.

Nous devons justifier par tous les moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

Les cotisations payées nous sont acquises.

Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?

En fonction de la structure d'affiliation choisie par votre employeur, vos ayants droit sont :

- **vos enfants mineurs âgés de moins de 18 ans** lorsque les prestations de la Sécurité sociale sont servies sous votre numéro de Sécurité sociale ;
- **vos enfants âgés de plus de 18 ans** qui, bien que ne bénéficiant pas des remboursements de la Sécurité sociale du chef de votre immatriculation, sont à votre charge au sens de la législation fiscale ;
- **votre conjoint tel que défini au préambule des conditions générales** à charge* ou non à charge fiscalement.

* On entend par conjoint à charge fiscalement le conjoint qui justifie n'exercer aucune activité professionnelle et ne percevoir aucun revenu professionnel (traitement/salaire, BIC, BA, BNC, pension/retraite/rente) tel que défini dans le cadre de l'imposition sur le revenu.

QUAND BÉNÉFICIEZ-VOUS DES GARANTIES ?

Quand prennent effet vos garanties ?

Sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne dans les trente jours, les garanties prennent effet :

Pour vous

- à la date d'effet du contrat,
- au jour de votre demande d'affiliation, si vous bénéficiez auparavant d'une dispense d'affiliation.

Pour vos ayants droit

- à la même date que vos garanties,
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit,
- au jour de la demande d'affiliation, pour les ayants droit qui bénéficiaient d'une dispense d'affiliation.

Au-delà de ce délai de trente jours, vos garanties et celles de vos ayants droit prennent effet au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande.

Pour votre conjoint non à charge affilié à titre facultatif

- à la même date que vos garanties,
- au jour où est intervenu le changement de situation familiale (mariage, Pacs, concubinage),
- au lendemain de la radiation par le précédent organisme assureur,
- au jour de la demande d'affiliation pour celui qui bénéficiait d'une dispense d'affiliation.

Au-delà du délai de trente jours, les garanties prennent effet au premier jour du mois civil suivant notre réception de la demande.

Faculté de renonciation pour le compte de votre conjoint non à charge fiscalement et/ou en cas de maintien individuel à titre facultatif de vos garanties dans le cadre d'un congé sans solde

Vous avez, pour le compte de votre conjoint non à charge fiscalement, la faculté de renoncer au contrat, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de son adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception adressée à votre centre de gestion, suivant le modèle suivant : « Je soussigné(e)..... pour le compte de mon conjoint non à charge fiscalement, ayant le n° de Sécurité sociale, déclare renoncer à la souscription au contrat collectif à adhésion facultative (frais de santé) n°..... , ayant pris effet le et demande le remboursement de la cotisation déjà versée ».

Le remboursement intégral de la cotisation versée sera effectué dans les trente jours suivant la date où votre centre de gestion reçoit ce courrier. Toutefois, si des prestations ont été accordées, les sommes perçues par vos soins devront être restituées préalablement et intégralement.

La renonciation est définitive pour votre conjoint non à charge fiscalement.

Dénonciation volontaire pour le compte de votre conjoint non à charge fiscalement et/ou en cas de maintien individuel à titre facultatif de vos garanties

En cas de modification apportée à vos droits et obligations contractuels, vous avez, pour le compte de votre conjoint non à charge fiscalement, la faculté de dénoncer son affiliation dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information établie à cet effet.

En tout état de cause, vous pouvez, pour le compte de votre conjoint non à charge fiscalement, dénoncer son affiliation, à chaque échéance annuelle, deux mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi).

Vous pouvez adresser votre demande :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de notre organisme ;
- soit par acte extrajudiciaire ;

- **soit, lorsque nous proposons la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;**

- soit par lettre recommandée avec avis de réception.

Nous vous confirmerons par écrit la réception de la notification.

La résiliation à notre initiative s'effectue par lettre recommandée.

Cette dénonciation est définitive pour votre conjoint non à charge fiscalement.

Résiliation infra annuelle pour le compte de votre conjoint non à charge fiscalement et/ou en cas de maintien individuel à titre facultatif

1 - 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.

Vous pouvez, après expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion de votre conjoint à titre facultatif, dénoncer son adhésion ou résilier le contrat sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation du contrat prend effet à défaut d'accord des parties un mois après la réception par notre organisme de votre notification.

La notification de la résiliation ou de la dénonciation de l'affiliation peut être effectuée, selon votre choix :

1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;

2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de notre organisme ;

3° Soit par acte extrajudiciaire ;

4° Soit, lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;

5° Soit par lettre recommandée avec avis de réception.

Nous vous confirmerons par écrit la réception de la notification.

2 - Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée ou lorsque le contrat est résilié, vous êtes redevables que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

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

Quand cessent vos garanties ?

Pour vous

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat souscrit par votre employeur,
- à la date de suspension de votre contrat de travail, sauf dispositions du paragraphe intitulé « Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ? »,
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la portabilité,
- à la date à laquelle vous cessez de remplir les conditions vous permettant de bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité, dans la limite fixée par celle-ci,
- à la date d'effet de votre retraite de la Sécurité sociale (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite).

En l'absence de déclaration de votre radiation par votre employeur, nous pourrions réclamer le remboursement des sommes indûment versées.

Pour vos ayants droit

Leurs garanties cessent à la même date que les vôtres. De plus, leurs garanties cessent à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit.

Pour votre conjoint non à charge affilié à titre facultatif

- à la date à laquelle vos garanties cessent,
- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel son affiliation au contrat est dénoncée par vos soins dans les conditions exposées au paragraphe « Dénonciation volontaire pour le compte de votre conjoint non à charge fiscalement »,
- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée pour votre conjoint non à charge fiscalement, sous réserve que la demande de radiation parvienne à votre centre de gestion au plus tard le 31 octobre,
- en cas de non-paiement des cotisations.

Votre conjoint non à charge fiscalement, une fois radié, ne peut plus bénéficier des garanties au titre du contrat. La radiation est définitive.

Que se passe-t-il en cas de suspension indemnisée de votre contrat de travail ?

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer si votre contrat de travail est suspendu, et si vous êtes :

- bénéficiaire d'un maintien total ou partiel de rémunération de la part de votre employeur,
- ou
- en arrêt de travail, indemnisé à ce titre par le régime complémentaire financé au moins pour partie par votre employeur.

Dans tous les cas, les garanties sont maintenues tant que vous faites partie des effectifs.

Que se passe-t-il en cas de suspension non indemnisée de votre contrat de travail ?

Le bénéfice des garanties est maintenu en cas de congé sans solde - à savoir la suspension de votre contrat de travail d'une durée d'au moins 1 mois sans versement de rémunération et à votre initiative.

Le maintien des garanties du régime complémentaire frais de santé s'applique pendant toute la durée du congé.

Durée des garanties

Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet :

- à la date de départ en congé sans solde sous réserve que la demande de maintien de la garantie nous parvienne, par écrit, au plus tard 15 jours précédant la date de suspension du contrat de travail.
- au 1^{er} jour du mois civil suivant la demande, si celle-ci est formulée au plus tard dans les trois mois qui suivent la date de suspension du contrat de travail.

Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date de résiliation du contrat,
- à la veille de votre reprise d'activité,
- à la date de votre radiation des effectifs de votre entreprise.

Cotisations

Les cotisations sont identiques à celles de la catégorie de personnel en activité dont vous relevez à la veille de votre congé sans solde.

Quand pouvez-vous bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ?

En cas de cessation de votre contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, en dehors du cas de licenciement pour faute lourde, vous et vos ayants droit déclarés bénéficiez, à titre gratuit, du maintien de vos garanties.

Vous et vos ayants droit devez être couverts au titre du contrat, souscrit par votre employeur, au moment de la cessation de votre contrat de travail.

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

La durée du maintien des garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée de votre dernier contrat de travail ou de la durée totale de vos contrats successifs chez un même employeur, appréciée en mois et arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage,
- la date d'effet de votre retraite Sécurité sociale,
- l'issue de la durée de maintien à laquelle vous avez droit, et ce dans la limite de douze mois,
- la date d'effet de la 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 modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties vous sont appliquées ainsi qu'à vos ayants droit.

Vous êtes tenu de nous remettre les éléments suivants :

- la demande nominative de maintien des garanties,
- le justificatif de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- l'information relative à toute modification de votre situation entraînant la cessation du maintien des garanties ou toute modification de votre situation ou de celles de vos ayants droit.

Ces éléments nous permettront de déterminer les dates de début et de fin de la période de maintien.

En tant qu'ancien salarié, vous et vos ayants droit couverts à la date d'effet du contrat, par un autre organisme assureur, au titre de la portabilité, bénéficiez du maintien des garanties si vous continuez à remplir les conditions énoncées ci-dessus.

Maintien individuel de vos garanties ou de celles de vos ayants droit en cas de décès de votre part

Si vous bénéficiez de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement si vous êtes privé d'emploi, vous pouvez demander :

- à bénéficier du maintien des présentes garanties,
- ou
- à souscrire à un contrat adapté à votre nouvelle situation.

En cas de maintien des garanties définies au présent contrat :

Le maintien de vos garanties est viager.

En cas de décès de votre part, vos ayants droit précédemment garantis en tant qu'ayant droit, en dehors des conjoints non à charge fiscale, restent couverts **sans contrepartie de cotisations pendant une période de 12 mois, sous réserve que :**

- le conjoint ne se remarie pas ou ne conclue pas de Pacs,
 - les enfants et ascendants continuent de remplir les conditions prévues pour être bénéficiaires,
- et que le contrat demeure en vigueur pendant cette période.

Au-delà de cette période de garantie, les ayants droit ont la possibilité de souscrire, sans délai d'attente ni formalités médicales, un contrat individuel. Ils doivent en faire la demande avant l'expiration de la période de garantie précitée.

Vous ou vos ayants droit devez nous faire part du choix par écrit dans les six mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail ou votre décès.

Dans le cas particulier où vous avez précédemment bénéficié de la portabilité de la couverture d'assurance, le délai de six mois court à compter du terme de la période de maintien des garanties.

Quel que soit le choix retenu aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise.

Nous adressons une proposition de maintien de la couverture à compter de la cessation de votre contrat de travail, de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité ou de votre décès.

Par ailleurs, il est précisé que la tarification des nouvelles adhésions relevant de l'article 4 de la loi n° 891009 du 31 décembre 1989 s'effectue, depuis le 1^{er} juillet 2017 selon un échelonnement prévu par ce texte et ses décrets d'application.

Les garanties prennent effet au lendemain de la demande.

En cas de demande de votre part, d'un contrat adapté à votre nouvelle situation :

Nous proposerons une solution pour répondre à vos besoins ou à ceux de vos ayants droit.

LES COTISATIONS

Pour vous

Les cotisations nous sont versées par votre employeur.

Pour votre conjoint non à charge affilié à titre facultatif et/ou en cas de maintien individuel à titre facultatif de vos garanties dans le cadre d'un congé sans solde.

Paiement des cotisations

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables par vos soins, mensuellement d'avance dans les quinze premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement.

En cas d'affiliation de votre conjoint non à charge fiscalement en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues à partir du premier jour du mois civil suivant.

En cas de radiation de votre conjoint non à charge fiscalement en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues pour le mois civil en cours.

Vous êtes le seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, vous remettez un relevé d'identité bancaire et un mandat de prélèvement SEPA.

Recouvrement des cotisations

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

Si le paiement n'est pas intervenu :

- les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure,

- vous et/ou votre conjoint non à charge êtes radié(s) dix jours après la date d'effet de la suspension.

Les cotisations antérieures à la date de résiliation restent dues. Nous avons la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

Vous et/ou votre conjoint non à charge fiscalement, une fois radié(s) pour défaut de paiement, ne pouvez plus bénéficier des garanties au titre du contrat. La radiation est définitive.

LES PRESTATIONS

Quelles sont les prestations ?

Les garanties prennent en charge l'ensemble des prestations décrites dans la partie « Tableau de garanties » déduction faite des remboursements versés par la Sécurité sociale **et, lorsque vous en relevez, par le Régime Professionnel de Prévoyance**, et dans la limite des frais réellement engagés.

Les garanties respectent la législation et la réglementation en vigueur à la date des soins et seront adaptées en cas de modification de celles-ci.

Le montant et la date retenus pour les dépenses engagées sont ceux figurant sur :

- le décompte de prestations de la Sécurité sociale et la facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale,
- ou lorsque vous en relevez, le décompte de prestations du Régime Professionnel de Prévoyance.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle de votre employeur entraînera la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.

Critères du contrat responsable, de la couverture minimale et 100 % santé

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

- Par « **solidaire** » on entend un contrat dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.
- Par « **responsable** », on entend un contrat qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale.

Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Conformément à la réglementation, le contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursement suivants :

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

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

- Par conséquent, les garanties de votre contrat respectent les **obligations minimales et maximales légales et réglementaires** de prise en charge.
- **À ce titre, il propose obligatoirement les prestations prévues dans le cadre du 100 % santé en optique, dentaire et pour les aides auditives dans le respect du calendrier prévu par les textes.**

1. Optique

A. Généralités

Les évolutions suivantes entreront en vigueur à compter du **1^{er} janvier 2020**.

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

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

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

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

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

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

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

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

VERRES SIMPLES

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

VERRES COMPLEXES

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

VERRES TRÈS COMPLEXES

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

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

B. Délais de renouvellement

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

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation.	<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. Dentaire

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

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

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

3. Aide auditive

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

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé.
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Toutefois, le contrat ne prend pas en charge :

- **les actes référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme, sauf mention aux présentes conditions particulières,**

- les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou à la date d'effet de l'affiliation des bénéficiaires tels que définis aux conditions générales,
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires tels que définis aux conditions générales,
- la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins prévues par le Code de la sécurité sociale,
- les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé,
- 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.

Quelles sont les autres limites de remboursement ?

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

Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne donnera lieu à aucun report sur l'année suivante.

Tout acte pris en charge par des dotations d'État, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. À ce titre, votre contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence (SMUR).

Les médicaments achetés sur Internet sont remboursés dans la mesure où ils ont été achetés sur des sites autorisés, l'autorisation étant donnée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente. La liste des sites autorisés est disponible sur le site de l'Ordre National des Pharmaciens (www.ordre.pharmacien.fr).

Forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale

Vos garanties prévoient des forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale.

Ils sont indiqués au tableau de garanties.

Ces forfaits ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées.

Spécialités médicales non remboursées

Votre remboursement est conditionné à la présentation d'une facture établie par le praticien mentionnant le diplôme de celui-ci.

- **Ostéopathie et chiropractie** : ce forfait permet de couvrir les consultations liées à des actes d'ostéopathie, de chiropractie non remboursés par la Sécurité sociale, sur présentation d'une facture établie par le praticien.

Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Ils doivent avoir enregistré leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n° ADELI), système prévu par le Code de la santé publique.

Les chiropracteurs doivent être titulaires du titre de chiropracteur dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Ils doivent avoir enregistré leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n° ADELI), système prévu par le Code de la santé publique.

- **Hors ostéopathie et chiropractie** : ce forfait permet de couvrir les consultations liées à des actes d'acupuncture, de psychomotricien, de podologie/pédicurie, de diététicien et de psychologue non remboursés par la Sécurité sociale, sur présentation d'une facture établie par le praticien.

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

Médicaments ou pharmacie, prescrits non remboursés par la Sécurité sociale

Ce forfait annuel permet de couvrir, sur présentation d'une ordonnance et d'une facture détaillée, les médicaments et pharmacie prescrits non remboursés par la Sécurité sociale.

Le paiement de cette prestation est subordonné à la réception de l'ordonnance et d'une facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit.

Sevrage Tabagique

Ce forfait annuel permet de couvrir les dépenses liées aux traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...), en complément de celui prévu par la Sécurité sociale. Sont couverts, les substituts nicotiques figurant sur la liste de ceux remboursables par la Sécurité sociale disponible sur le site www.ameli.fr. La cigarette électronique n'est pas prise en charge au titre des garanties.

La demande de remboursement doit être accompagnée d'une prescription médicale et d'une facture nominative du pharmacien (désignation du médicament et du bénéficiaire du traitement) consacrée exclusivement aux substituts nicotiques.

Tiers payant

Le contrat souscrit par votre employeur vous permet ainsi qu'à vos ayants droit de bénéficier du mécanisme de 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.

Au-delà, le bénéfice du tiers payant peut être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximum ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux.

Il est rappelé que la carte de tiers payant que nous vous délivrons doit nous être restituée sans délai lorsque vous êtes radié des effectifs de l'entreprise.

Le contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle médical pour toute demande concernant les prestations au titre des garanties, avant ou après le paiement des prestations.

Nous pouvons avoir recours à une expertise médicale effectuée par un médecin expert de notre choix, dont les honoraires sont à notre charge. Si vous refusez de vous soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à une prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

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

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, vous devrez adresser à notre médecin-conseil ou dentiste consultant, dans les trente jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés ainsi que le nom du médecin chargé de vous représenter dans une entrevue amiable avec le médecin expert que nous aurons désigné pour nous représenter.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de votre résidence, 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, nous pourrions ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

QUELLES SONT VOS FORMALITÉS DÉCLARATIVES ?

Quand et comment nous déclarer vos ayants droit ?

Vous devez déclarer vos ayants droit, grâce au « bulletin individuel d'affiliation » :

- lors de votre affiliation,
- à chaque modification de votre situation familiale.

Vous devez joindre une photocopie de l'attestation jointe à votre carte Vitale.

De plus, pour justifier la qualité d'ayant droit, vous devez joindre les pièces suivantes :

- une photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale pour chacun de vos ayants droit immatriculés personnellement à la Sécurité sociale,
- en cas de Pacs, une copie de la convention de Pacs,
- en cas de concubinage, une attestation de vie maritale délivrée par la mairie ou tout autre document justifiant d'une adresse commune ; l'adresse figurant sur les attestations jointes aux cartes vitales doit être identique,

En cas d'absence d'un de ces documents, les ayants droit concernés ne pourront pas bénéficier de la garantie frais de santé.

Comment obtenir un remboursement ?

Pour obtenir le premier remboursement, votre demande d'affiliation doit nous avoir été adressée par votre employeur.

Pour vous et les membres de votre famille indemnisés sous votre numéro de Sécurité sociale

Il existe une procédure de traitements automatiques des remboursements (NOEMIE) entre la Sécurité sociale et nous. Cette procédure vous permet, ainsi qu'aux membres de votre famille indemnisés sous votre numéro de Sécurité sociale, de ne rien nous adresser, sauf demande expresse, dès lors que la demande de remboursement a été adressée à la Sécurité sociale.

Pour s'assurer que vous n'avez rien à nous adresser, vous devez vérifier que la mention « décompte transmis à votre mutuelle », ou une formule similaire, est indiquée sur votre décompte de la Sécurité sociale.

Si ce n'est pas le cas, vous devrez nous adresser l'original du décompte de la Sécurité sociale pour obtenir votre remboursement.

Si, pour procéder au remboursement, nous avons besoin d'une facture (optique, prothèse dentaire...), nous vous la réclamerons.

Si, par contre, vous n'avez pas adressé de demande de remboursement à la Sécurité sociale, par exemple parce que vous n'avez acquitté que le ticket modérateur, vous devez nous adresser votre reçu des sommes acquittées pour votre remboursement.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Si, en changeant de domicile, vous changez de caisse primaire d'assurance maladie, vous devez nous adresser une photocopie de votre nouvelle attestation de carte Vitale pour continuer à bénéficier de la procédure NOEMIE.

Pour les membres de votre famille ayant leur propre numéro de Sécurité sociale

Vous devez signaler si ces derniers sont affiliés ou non à une mutuelle.

Notre intervention diffère selon leur situation :

- s'ils sont affiliés à une mutuelle, ils bénéficieront éventuellement d'un remboursement complémentaire de notre part après remboursement de la mutuelle et au vu de l'original du décompte qui leur aura été adressé par celle-ci,
- s'ils ne sont pas affiliés à une mutuelle, ils bénéficieront de notre garantie et de la procédure NOEMIE dans les mêmes conditions que vous.

Dans le cas où votre conjoint, votre partenaire Pacsé, votre concubin ou vos enfants à charge relève(nt) d'un régime particulier tel que :

- régime étudiant,
- régimes de la fonction publique,
- régimes spéciaux des travailleurs non salariés,
- régime minier,

il est nécessaire de nous adresser les originaux des décomptes de prestations de ces organismes ou de la mutuelle dont ils pourraient bénéficier en complément, pour que nous puissions intervenir à titre complémentaire ou surcomplémentaire.

Comment consulter vos remboursements ?

Vous pouvez consulter à tout moment vos remboursements effectués sur votre compte en consultant l'un des services figurant sur votre carte de tiers payant.

À qui adresser vos courriers ?

Tous les courriers doivent être adressés à votre centre de gestion dont l'adresse figure sur votre carte de tiers payant santé.

Vous êtes tenu de nous signaler tout changement d'adresse et de coordonnées bancaires ou postales.

LES GÉNÉRALITÉS DU CONTRAT

Pièces justificatives

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives.

Nous pourrions demander la transmission des originaux de toutes pièces permettant de justifier la dépense réelle engagée, avant ou après remboursement des prestations.

Dans l'attente de l'obtention de ces pièces, nous nous réservons le droit de suspendre le remboursement des prestations.

Si nous avons déjà procédé au remboursement, nous serons en droit de vous demander la restitution des sommes réglées indûment :

- dans le cas où les pièces demandées ne sont pas fournies dans un délai d'un mois après la demande,
- dans le cas où les pièces retournées ne permettent pas de confirmer le caractère régulier et légitime du remboursement.

Déchéance de garantie au sinistre

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) 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.

Prescription

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

Toutefois ce délai ne court :

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

Lorsque vous, votre entreprise ou le bénéficiaire intentez une action en justice à notre encontre 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 votre encontre, celle de votre entreprise ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par vos soins, votre entreprise ou le bénéficiaire.

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

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception soit que nous adressons à votre entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que vous ou vos ayants droit nous adressez en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Mobilité des assurés à l'étranger

Les soins effectués à l'étranger sont remboursés à la triple condition :

- que les soins aient été occasionnés lors d'un déplacement de moins de trois mois en dehors du territoire français ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale,
- d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale,
- d'avoir été engagés de manière inopinée et non programmée (soins urgents), sauf dans le cas particulier du détachement, pour les soins effectués dans le pays concerné.

Les remboursements complémentaires, établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale, sont effectués en euros, dans la limite des garanties. Le remboursement des soins pratiqués à l'étranger est aligné sur celui des professionnels de santé 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.

Subrogation

Lorsque vous ou un ayant droit êtes atteint d'une affection ou êtes victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, nous disposons d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

Vous êtes tenu de nous en informer lors des formalités de demande de prestations.

À qui vous adresser en cas de réclamation ?

En cas de difficultés dans l'application du contrat, votre entreprise, vous et/ou vos bénéficiaires pouvez contacter dans un premier temps votre conseiller ou contact habituel.

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

- pour votre entreprise : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex,
- pour les assurés et les bénéficiaires : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance- 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif à vos garanties n'a pu être trouvée avec nous, vous et les bénéficiaires pouvez, vous adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

- par courrier à l'adresse suivante : M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris,
- ou par voie électronique à l'adresse suivante : <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 notre organisme et sans préjudice du droit d'agir en justice.

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 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 gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr ».

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

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

Garanties d'assistance

Lors de la remise de votre notice par votre employeur, vous trouverez en complément de celle-ci, une notice précisant les conditions d'accès aux prestations proposées par FIDELIA Assistance.

LES SPÉCIFICITÉS DE VOTRE CONTRAT

Les dispositions ci-après viennent compléter ou remplacer celles énoncées précédemment.

TABLEAU DE GARANTIES

Les remboursements ci-après s'entendent y compris ceux de la Sécurité sociale et du Régime Professionnel de Prévoyance pour les assurés en bénéficiant.

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

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES REMBOURSEMENTS
HOSPITALISATION ⁽¹⁾ en établissement conventionné ou non	
Frais de séjour	
En établissement conventionné	100 % FR
En établissement non conventionné	100 % FR
Honoraires, actes de chirurgie, actes de spécialités	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % FR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾ non remboursé par la Sécurité sociale	100 % FR sans limitation de durée
Chambre particulière (y compris maternité) non remboursée par la Sécurité sociale	
Par nuitée	100 % FR
Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	100 % FR
Frais d'accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale	
Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans - par nuitée (y compris lit)	1,5 % PMSS/jour
Forfait maternité ou adoption plénière (prime de naissance)	
Par enfant - doublé en cas de naissance gémellaire	10 % PMSS
DENTAIRE auprès d'un professionnel	
Soins et prothèses 100 % Santé**	
À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	Sans reste à payer ⁽⁴⁾
Soins	
Consultations et soins dentaires	100 % FR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100 €
Prothèses autres que 100 % Santé	
Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale	560 % BR
Inlay-onlay à tarifs modérés	560 % BR
Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale	560 % BR
Inlay-onlay à tarifs libres	560 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale - par acte - sur la base d'une BR à 107,5€	500 % BRR
Implantologie	
Fausse racine non remboursée par la Sécurité Sociale - max 2 par an et par bénéficiaire	500 €/racine
Pilier implantaire non remboursé par la Sécurité Sociale - max 2 par an et par bénéficiaire	300 €/pilier
Orthodontie ⁽³⁾	
Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	700 % BR
Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire - sur la base d'un TO 90	500 % BRR

OPTIQUE - Équipement (1 monture + 2 verres)	
Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	
Équipement 100 % Santé** (classe A)	Sans reste à payer ⁽⁵⁾
Équipement autre que 100 % Santé** (classe B)	
Monture****	100 € maxi compris dans l'équipement
Équipement 2 verres simples + monture ****	420 €
Équipement 2 verres complexes + monture ****	700 €
Équipement 2 verres très complexes + monture ****	800 €
Équipement 1 verre simple + 1 verre complexe + monture ****	560 €
Équipement 1 verre simple + 1 verre très complexe + monture ****	610 €
Équipement 1 verre complexe + 1 verre très complexe + monture ****	750 €
Lentilles	
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	360 % BR + 15 % PMSS
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	360 % BRR + 15 % PMSS
Chirurgie du défaut de vision	
Par œil	100 % FR dans la limite de 30 % PMSS
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	
À compter du 01/01/2021 : Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Équipement 100 % Santé** (Classe I***)	Sans reste à payer ⁽⁵⁾
Équipement autre que 100 % Santé (Classe II***)	
Limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale par bénéficiaire	180 % BR + 35 % PMSS
TRANSPORT	
Remboursé par la Sécurité sociale	200 % BR
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	
Consultation/visite/consultation en ligne	
Chez un généraliste	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR
Chez un spécialiste	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	400 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR
Actes techniques médicaux	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR
Actes d'imagerie médicale	
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux	100 % FR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyse remboursée par la Sécurité sociale	100 % FR
Analyse non remboursée par la Sécurité sociale (test COVID sur ordonnance) par an et par bénéficiaire	30 €
Matériel médical	
Grands et petits appareillages pris en charge, hors aides auditives et optique	180 % BR + 35 % PMSS
Prothèse mammaire et capillaire prise en charge - par prothèse	300 % BR + 150 € par an

Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	
Frais, honoraires, voyage, hébergement - forfait global annuel	100 % BR + 200 € (minimum 10 % PMSS)
Médicaments	
Médicaments remboursés à 65 %	100 % BR
Médicaments remboursés à 30 %	100 % BR
Médicaments remboursés à 15 %	100 % BR
Médicaments prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100 % FR dans la limite de 320 €
Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €
Vaccin anti-grippe	100 % FR
Contraception prescrite - par an et par bénéficiaire	110 €
Sevrage tabagique - par an et par bénéficiaire	50 €
Médecine de prévention	
Ostéodensitométrie (une fois tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans)	100 % FR
Médecine additionnelle	
Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale	Limite annuelle pour l'ensemble des consultations citées ci-dessous 280 € par an et par bénéficiaire
Ostéopathe, chiropracteur, éthiopat, acupuncteur, podologue - par séance et par bénéficiaire dans la limite de 6 séances par an	50 €
Psychologue, psychomotricien, diététicien - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 8 consultations par an	40 €
Assistance	Oui

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. RSS = Remboursement de la Sécurité sociale. FR = Frais réels. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). BRR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale Reconstituée. RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3 428 €).

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

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

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

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

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

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

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

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

(4) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies à votre notice d'information.

(5) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis à votre notice d'information.

LEXIQUE

Actes techniques médicaux

Participation forfaitaire, prévue à l'article L.322-2-II du Code de la sécurité sociale, à votre charge pour certains actes ou consultations pris en charge par l'assurance maladie et réalisés par un médecin en ville ou dans un établissement de santé (à l'exclusion notamment des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale.

Acupuncture

Il s'agit d'un traitement par implantation d'aiguilles visant à fluidifier la circulation de l'énergie dans le corps.

Base de remboursement

Il s'agit du tarif de base déterminé par la Sécurité sociale française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non conventionnés.

Chiropractie

Il s'agit d'une médecine naturelle qui a pour objet de diagnostiquer, traiter ou prévenir les troubles musculaires en se concentrant principalement sur la manipulation des terminaisons nerveuses.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signée 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 : Contrat d'Accès aux Soins (C.A.S.), 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.

Dépassements d'honoraires non pris en charge

Lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonnés, les médecins spécialistes sont autorisés à pratiquer des dépassements dans certaines limites pour chaque acte effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Forfait hospitalier

Il s'agit de la somme journalière à votre charge et dont le montant est fixé par arrêté.

Majoration de participation financière

Si vous n'avez pas de médecin traitant, ou si vous consultez directement un médecin sans prescription de votre médecin traitant (sauf en cas d'urgence ou de consultation en dehors du lieu de votre résidence habituelle) ou dans certains cas si vous refusez l'accès à votre dossier médical personnel, conformément aux dispositions des articles 3 et 7 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, une majoration du ticket modérateur sera effectuée.

Ostéopathie

Il s'agit d'un traitement manuel s'intéressant aux troubles fonctionnels du corps humain.

PMSS

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

Régime obligatoire

Le régime de Sécurité sociale français auquel vous êtes affilié.

TA (tarif d'autorité)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TM (ticket modérateur)

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion de la contribution forfaitaire et de la majoration de participation financière maintenues à votre charge.

Tiers payant (ou dispense d'avance de frais)

Paiement direct, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques par les organismes d'assurance complémentaire, à votre place.



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

Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis

21 rue Laffitte - 75009 Paris

malakoffhumanis.com



MH-10530_2011