

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE L'HABITAT ET DU LOGEMENT ACCOMPAGNE (IDCC 2336)

Frais de santé

Contrats d'assurance collectifs

NOTICE D'INFORMATION FRAIS DE SANTE N°20230

1^{er} janvier 2022

(à compléter par l'entreprise)	
CATEGORIE ASSUREE	
<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel	
<input type="checkbox"/> Personnel Cadre (salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017)	
<input type="checkbox"/> Personnel non Cadre (salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017)	
GARANTIES	
<input checked="" type="checkbox"/> contrat complémentaire « socle » à adhésion obligatoire Niveau de couverture retenue par l'entreprise	<input type="checkbox"/> contrat surcomplémentaire à adhésion facultative Niveau de couverture proposé
<input type="checkbox"/> Base conventionnelle	Option 1 et Option 2
<input type="checkbox"/> Option 1 (équivalent à la base conventionnelle complétée du renfort de l'option 1)	Option 2
<input type="checkbox"/> Option 2 (équivalent à la base conventionnelle complétée du renfort de l'option 2)	/

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de frais de santé auquel il a adhéré auprès de l'organisme assureur en application de la convention collective de notre profession.

À _____ le _____

Signature



SOMMAIRE

PRÉAMBULE	7
TITRE 1. LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT	8
1.1. Caractère de l'adhésion et nature du contrat	8
1.2. Objet de la notice d'information	8
1.3. Degré élevé de solidarité	8
1.4. Territorialité	8
TITRE 2. LES DISPOSITIONS RELATIVES A L’AFFILIATION AU CONTRAT	9
2.1. Conditions et formalités d'affiliation	9
2.1.1. Personnes assurables	9
2.1.2. Formalités d'affiliation	9
2.1.3. Choix du niveau de couverture par le souscripteur dans le cadre du contrat « socle »	9
2.1.4. Choix d'options par l'assuré dans le cadre du contrat « surcomplémentaire »	10
2.2. Prise d'effet de l'affiliation	10
2.3. Cessation de l'affiliation	11
TITRE 3. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES	13
3.1. Objet des garanties	13
3.2. Prise d'effet et cessation des garanties	13
3.3. Les prestations	13
3.4. Règlement des prestations	15
TITRE 4. MAINTIEN DES GARANTIES	17
4.1. En cas de suspension du contrat de travail	17
4.2. En cas de cessation du contrat de travail (portabilité)	17
4.3. Cas des salariés confrontés à une situation de redressement, liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde	18
4.4. En cas de décès de l'assuré : Maintien gratuit d'un an des ayants droit de salariés décédés	18
4.5. En cas de rupture du contrat de travail : Maintien des garanties aux anciens salariés et ayants droit de salariés décédés	18
TITRE 5. LES COTISATIONS	20
5.1. Montant et structure des cotisations	20
5.2. Modalités de paiement des cotisations	20
5.3. Défaut de paiement	20
TITRE 6. REFERENCES LEGALES	21
6.1. Fausse déclaration	21
6.2. Déchéance	21
6.3. Prescription	21
6.4. Subrogation	21
6.5. Réclamation - Médiation	22
6.6. Juridiction compétente	22
6.7. Protection des données à caractère personnel	22
6.8. Autorité de contrôle	23
TITRE 7. PIECES JUSTIFICATIVES	24
7.1. Pièces nécessaires à l'affiliation	24
7.2. Pièces nécessaires au paiement des prestations	24
TITRE 8. COORDONNEES DES ORGANISMES ASSUREURS	26
ANNEXE 1 : GARANTIES	28
ANNEXE 2 : DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTE RESPONSABLES	32
ANNEXE 3 SERVICES	36

LEXIQUE

Dans la présente notice d'information, les termes suivants sont utilisés :

L'organisme assureur ou les organismes assureurs

- **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 ;
- **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale. Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R Numéro SIREN 333 232 270 -. Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris
- **HARMONIE MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473 - Siège social : 143 rue Blomet - 75015 PARIS

Le souscripteur choisit librement l'un des organismes assureurs auprès duquel il souhaite souscrire le contrat faisant l'objet d'une co-recommandation entre les organismes susmentionnés. L'organisme assureur retenu est l'interlocuteur unique du souscripteur et de ses salariés.

Le souscripteur

L'entreprise relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale de l'Habitat et du Logement accompagnés, signataire du (des) contrats d'adhésion ou des conditions particulières, qui a conclu le(s) contrat(s) d'assurance avec l'organisme assureur au bénéfice des assurés et de leurs ayants droit.

La catégorie assurée

L'ensemble des salariés du souscripteur appartenant à la catégorie assurée définie aux conditions particulières ou au(x) contrat(s) d'adhésion répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 2.1 « Conditions et formalités d'affiliation ».

L'assuré

La personne physique, affiliée au(x) contrat(s), sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la catégorie assurée.

Les ayants droit

- Le conjoint : 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),
- Le partenaire de PACS, 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,
- Le concubin, 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).

Les enfants à charge :

Sont considérés comme enfants à charge de l'assuré :

Les enfants de l'assuré ou de son conjoint, concubin ou de son partenaire de PACS sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation et sous réserve qu'ils soient :

- âgés de moins de 18 ans (sans justificatif),
- âgés de moins de 26 ans et sur justificatif:
 - s'ils poursuivent leurs études,
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou sous contrat d'apprentissage
 - ou s'ils exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA ou RSA jeune mensuel.

Les enfants sont considérés comme à charge, quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue à l'article L.241-3 du code l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité soit survenue avant leur 18^{ème} anniversaire.

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès de l'assuré ou de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS sont considérés comme à charge afin de bénéficier des dispositions de maintien de garantie dans le dispositif - Loi EVIN - prévu aux Conditions générales.

Les bénéficiaires

Les bénéficiaires du contrat socle et du contrat surcomplémentaire le cas échéant (si affiliés à ce contrat), dont les suivants :

- L'assuré
- Les ayants droits à savoir le conjoint ou concubin ou partenaire de PACS et les enfants à charge tels que définis ci-avant.

L'accord frais de santé

L'accord frais de santé de la Convention Collective Nationale de l'Habitat et du Logement accompagnés du 16 juillet 2003 modifié en dernier lieu par l'avenant 57 du 23 septembre 2021.

Contrat socle

Le contrat collectif complémentaire à adhésion obligatoire souscrit par le souscripteur au bénéfice de ses salariés appartenant à la catégorie assurée (ainsi que pour leurs ayants droit).

Le contrat socle se compose de 3 niveaux de couverture au choix de l'entreprise :

- Base conventionnelle
- Option 1 (équivalent à la base conventionnelle complétée du renfort de l'option 1)
- Option 2 (équivalent à la base conventionnelle complétée du renfort de l'option 2)

Contrat surcomplémentaire

Le contrat collectif surcomplémentaire à adhésion facultative, souscrit par le souscripteur en complément du contrat socle lorsque celui-ci n'a pas souscrit le niveau Option 2 à titre obligatoire.

Dans ce cas, les assurés peuvent améliorer leur couverture, à titre individuel et facultatif, en s'affiliant au contrat surcomplémentaire pour eux-mêmes (et leurs ayants droit).

Ainsi, en fonction du niveau de couverture du contrat socle choisi par le souscripteur, l'assuré peut demander à atteindre un niveau de couverture supérieur au titre du contrat surcomplémentaire selon les modalités définies ci-après, pour lui-même (et ses ayants droit) :

- Si le souscripteur a choisi le niveau de couverture « Base conventionnelle » au titre du contrat socle, l'assuré pourra choisir l'affiliation à l'« Option 1 ou 2 » sous déduction de la « Base conventionnelle »,
- Si le souscripteur a choisi le niveau de couverture « Option 1 » au titre du contrat socle, l'assuré pourra choisir l'affiliation à l'« Option 2 » sous déduction de l'« Option 1 ».

Les prestations interviennent sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le contrat d'assurance maladie complémentaire (contrat socle), dans la limite des frais réels. Les dispositions de ce contrat sont conformes à l'accord frais de santé.

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	<p>Les actes pris en considération sont ceux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 contrats d'adhésion ou 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	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	<p>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).</p> <p>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.</p>
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 concernés.
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	<p>La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.</p> <p>La franchise n'est pas remboursée par l'organisme assureur.</p>
Maladie	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
Maternité	Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité.
Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)	<p>Ce montant est calculé ainsi :</p> <p>[Base de remboursement (BR)] x [Taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale].</p>
Nomenclature	Codification des actes et des médicaments donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale.

Parcours de soins

Obligation pour tout assuré 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 :

- en cas d'urgence,
- d'éloignement du domicile,
- ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé:
 - ophtalmologue,
 - gynécologue,
 - stomatologue,
 - psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 à moins de 26 ans.

Le non-respect du parcours de soin engendre la majoration du ticket modérateur qui ne sera pas pris en charge par l'organisme assureur.

Participations forfaitaires

1. Participation forfaitaire :

Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale à la charge des bénéficiaires qui concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques.

Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'organisme assureur.

2. Participation forfaitaire « actes lourds »

Ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'Etat et dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.

Cette participation forfaitaire est remboursée par l'organisme assureur.

Plafond annuel de la Sécurité sociale

Plafond de la Sécurité sociale est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1er janvier. Il est utilisé pour :

- 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 accordé aux anciens salariés demandeurs d'emploi (et leurs ayants droit) et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Prestations en nature

Le remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les bénéficiaires.

Procédures collectives

Les 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.legifrance.fr

Reste à charge

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

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

Secteur conventionné

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 tels que définis au Lexique.

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.

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/>

PRÉAMBULE

Votre entreprise relève de la Convention Collective Nationale de l'Habitat et du Logement accompagnés.

Suite à la fusion rattachant la Convention Collective Nationale des personnels PACT et ARIM à la Convention Collective Nationale des Foyers de jeunes travailleurs (FJT), les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré par l'avenant 57 du 23 septembre 2021 un régime conventionnel frais de santé commun, au bénéfice de l'ensemble du personnel des entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale désormais dénommée Convention Collective Nationale de l'Habitat et du Logement accompagnés.

L'entreprise, ci-après dénommé « le souscripteur » relevant de la Convention Collective Nationale de l'Habitat et du Logement accompagnés, adhère au(x) contrat(s) frais de santé mis en œuvre par les organismes assureurs recommandés au profit des bénéficiaires.

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

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

TITRE 1. LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE DU CONTRAT

Les présentes conditions générales communes s'appliquent pour la souscription d'un ou des contrats dont la nature est définie à l'article suivant. Ceux-ci sont juridiquement distincts : un numéro de contrat propre leur est attribué selon le montage retenu par l'organisme assureur.

1.1. Caractère de l'adhésion et nature du contrat

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale de l'Habitat et du Logement accompagné du 16 juillet 2003 ont institué un régime de frais de soins de santé permettant aux salariés des entreprises de la branche professionnelle (ainsi qu'à leurs ayants droit) de bénéficier de prestations complémentaires aux prestations en nature versées par la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation engagés par ces bénéficiaires.

Le régime comprend :

- une couverture collective de base à adhésion obligatoire assurée sous couvert du « **contrat socle** », à destination des salariés (et de leurs ayants droit),
- et le cas échéant (selon le niveau de garantie souscrit au titre du contrat socle par le souscripteur mentionné au Lexique) une couverture collective optionnelle visant à améliorer le contrat socle, assurée sous couvert du « **contrat surcomplémentaire** », au profit des salariés (et de leurs ayants droit) couverts au titre du régime socle. Cette couverture est proposée dans le cadre d'une couverture à adhésion facultative au choix des assurés.

1.2. Objet de la notice d'information

La présente notice d'information a pour objet la mise en œuvre du « contrat socle » et du « contrat surcomplémentaire » pour la couverture du régime de frais de soins de santé organisé dans la Convention collective nationale susmentionnée à l'article 1.1 de la présente notice d'information telle que modifiée en dernier lieu par l'avenant n°57 du 23 septembre 2021, au profit des personnes assurables.

1.3. Degré élevé de solidarité

Outre la mise en place d'un régime collectif de couverture santé, la Convention collective institue un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité consacrées à des actions de prévention et d'accompagnement individuel et collectif lié à la santé des salariés de la branche, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1 I du code de la sécurité sociale.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé à 2 % (hors taxe) de la cotisation encaissée au titre de la base conventionnelle obligatoire.

1.4. Territorialité

L'activité de l'entreprise souscriptrice est réputée s'exercer en France Métropolitaine.

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français ou hors de ce territoire **lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois (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 ».

TITRE 2. LES DISPOSITIONS RELATIVES A L’AFFILIATION AU CONTRAT

2.1. Conditions et formalités d’affiliation

2.1.1. Personnes assurables

Dans le cadre du contrat socle collectif à adhésion obligatoire, sous réserve qu’elles aient été déclarées par le souscripteur, les personnes assurables sont :

- la totalité des salariés du souscripteur, appartenant à la catégorie assurée définie aux conditions particulières ou au contrat d’adhésion, dont le contrat de travail ou le contrat en alternance est en vigueur, ainsi que les salariés ainsi que les salariés en suspension du contrat de travail rémunérée visés à l’article 4.1.1.
- les anciens salariés du souscripteur bénéficiant de la portabilité et couverts à ce titre par un contrat d’assurance collectif à adhésion obligatoire immédiatement antérieur, de la date d’effet du contrat jusqu’à expiration de leurs droits. Dans ce cas aucune cotisation n’est due par l’intéressé en vertu des dispositions de l’article L.911.8 du Code de la Sécurité sociale.

Peuvent également bénéficier du contrat, sous réserve d’être déclarées à l’organisme assureur, les personnes dont le contrat de travail est suspendu pour une autre cause que celles visées à l’article 4.1.1 et ce à titre facultatif.

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

REMARQUES :

Les ayants droit bénéficient des garanties souscrites au titre du salarié assurable dans les conditions de l’article 3.2.1. « Prise d’effet des garanties ».

2.1.2. Formalités d’affiliation

Si les données nécessaires à l’affiliation et à l’enregistrement des garanties n’entrent pas dans le périmètre de la DSN (notamment choix d’option par le salarié, couverture des ayants droit) ou ne sont pas traitées par l’organisme assureur via la DSN, les personnes assurables doivent accomplir les formalités d’affiliation suivantes :

- compléter et signer un formulaire individuel d’affiliation accompagné des pièces nécessaires rappelées sur ce dernier et au Titre 7 « Pièces justificatives » et choisir le cas échéant l’option de garanties applicable,
- déclarer ses ayants droit à couvrir à titre obligatoire.

Le souscripteur doit retourner le formulaire individuel d’affiliation dans les trente (30) jours qui suivent la date d’affiliation demandée. La prise d’effet de l’affiliation est fixée conformément aux dispositions du contrat.

Dans le cadre du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative, les salariés peuvent demander leur affiliation conformément aux dispositions ci-avant et déclarer le cas échéant les ayants droit à couvrir uniquement dans les trois (3) mois qui suivent la date :

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

Les ayants droit couverts au titre du contrat surcomplémentaire sont les mêmes que ceux couverts au titre du contrat socle.

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

Le choix effectué par le souscripteur, rappelé en première page de la notice d’information, s’impose à l’ensemble des salariés et de ses éventuels ayants droits couverts par le contrat « socle ».

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

L'assuré peut s'affilier au contrat surcomplémentaire à adhésion facultative si ce dernier est souscrit par son entreprise en fonction des situations définies au Lexique de la présente notice d'information.

Selon le choix opéré par le souscripteur au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières, au titre du niveau de couverture du contrat socle collectif à adhésion obligatoire et au titre du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative, l'assuré peut avoir le choix entre l'option 1 et l'option 2.

1. Choix de l'option

L'assuré exprime son choix lors de son affiliation, en remplissant le formulaire individuel d'affiliation.

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

Les prestations de frais de santé sont versées en complément des remboursements de la Sécurité sociale, sauf exception prévue dans le tableau de garanties.

Le cumul des prestations versées, le cas échéant, par la Sécurité sociale et par l'organisme assureur au titre du contrat socle collectif et de l'option choisie au titre du contrat surcomplémentaire, ne peut en aucun cas excéder le montant des frais réellement engagés.

2. Modalités de changement d'option

Dans le cas où l'assuré a le choix entre l'option 1 et l'option 2, l'assuré peut modifier son choix vers une option supérieure ou inférieure dans les trois mois qui suivent :

- la date d'effet du contrat,
- un changement de situation de famille,
- toute modification de la part de l'organisme assureur sur l'une des options choisies.

Ce changement intervient au 1er jour du mois civil qui suit la réception de la demande par l'organisme assureur.

En dehors des cas ci-dessus, l'assuré peut modifier son choix tous les deux ans. La demande de modification doit parvenir à l'organisme assureur avant le 31 décembre pour une prise d'effet au 1er janvier suivant.

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 2.3. « Cessation de l'affiliation ».

2.2. Prise d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet dans les conditions suivantes sous réserve de la bonne réception du formulaire individuel d'affiliation dans les délais prévus à l'article 2.1. « Conditions et formalités d'affiliation ». S'il n'est pas transmis dans ce délai ou s'il est incomplet l'affiliation ne prend effet qu'après accord exprès de l'organisme assureur et à compter de la date de cet accord.

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 du contrat surcomplémentaire à adhésion facultative, 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, cessation de dispense d'affiliation...).

Dans le cadre du contrat surcomplémentaire à adhésion facultative, l'affiliation des personnes assurables souhaitant bénéficier du contrat prend effet au plus tôt le jour de l'entrée dans la catégorie assurée (embauche, 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 du contrat surcomplémentaire collectif facultatif, l'assuré peut renoncer à son affiliation pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'affiliation a pris effet.

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre 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 2.3. « Cessation de l'affiliation ».

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente 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 socle à adhésion obligatoire prend fin pour chaque assuré (et ses ayants droit) dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations,
- 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 de son 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 »,
- 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 sauf application de l'article 4.5 « En cas de rupture du contrat de travail : Maintien individuel des garanties aux anciens salariés et aux ayants droit des salariés décédés ».

Dans le cadre du contrat surcomplémentaire d'assurance à adhésion facultative, l'affiliation de l'assuré (et celle de ses ayants droit) prend fin dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie assurée,
- à la date à laquelle l'ayant droit perd cette qualité pour l'adhésion le concernant,
- à la date d'effet de la dénonciation de l'affiliation de l'assuré (et de ses ayants droit);
- 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 de son 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) » et à l'article 4.5 « En cas de rupture du contrat de travail : Maintien individuel des garanties aux anciens salariés et aux ayants droit des salariés décédés » visé ci-après,
- au 1er jour du mois qui suit l'affiliation de l'assuré (et de ses ayants droit) à une couverture complémentaire de frais de santé obligatoire,
- 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, sauf application de l'article 4.5 « En cas de rupture du contrat de travail : Maintien individuel des garanties aux anciens salariés et aux ayants droit des salariés décédés ».

L'assuré peut dénoncer son affiliation et celle de l'ensemble de ses ayants droit par écrit, adressé :

- dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information ou de la notice additive établie à cet effet, en cas de modification apportée à leurs droits et obligations,
- deux (2) mois avant la date d'échéance de la première année de souscription soit au plus tard le 31 octobre (effet : au 31 décembre minuit),
- A tout moment, à compter d'un an d'affiliation au contrat (effet un mois date à date à compter de la réception).

Après expiration d'un délai d'un an à compter de son affiliation, il peut dénoncer celle-ci sans frais ni pénalités en application des dispositions prévues par la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019. La dénonciation de l'affiliation prend effet à défaut d'accord des parties un (1) mois après la réception par l'organisme assureur de la notification de l'assuré.

Lorsque l'assuré a le droit de dénoncer l'affiliation, la notification de la dénonciation de l'affiliation peut être effectuée, au choix de l'assuré :

- **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.

Dans le cas où l'assuré souhaite dénoncer son affiliation conclue 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 le compte de l'assuré 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.

Une nouvelle affiliation au contrat à adhésion facultative est possible à l'issue d'un délai d'une année civile suivant la résiliation.

La cessation de l'affiliation de l'assuré (et de ses ayants droit) entraîne celle des garanties.

TITRE 3. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES

3.1. Objet des garanties

Les garanties ont pour objet le remboursement, **dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires tels que définis au lexique**, de tout ou partie des dépenses occasionnées par suite de maladie, de maternité ou d'accident et **ayant donné lieu au versement de prestations en nature par la Sécurité sociale**.

L'organisme assureur peut également rembourser des actes non remboursés par la Sécurité sociale s'ils sont expressément prévus au tableau des garanties.

Les garanties souscrites et les montants des prestations figurent dans la présente notice d'information. Les prestations sont versées selon les modalités fixés à l'article 3.4. « Règlement des prestations ».

3.2. Prise d'effet et cessation des garanties

3.2.1. Prise d'effet des garanties

3. Pour les assurés

Les garanties prennent effet pour chaque assuré à la date d'effet de son affiliation.

4. Pour les ayants droit

Les ayants droit tels que définis au Lexique bénéficient des garanties du contrat à titre obligatoire dès lors que l'assuré est couvert au titre du contrat.

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 pour les ayants droit :

- à la même date que les garanties de l'assuré,
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit tels que définis au Lexique,
- à la date du changement de situation familiale dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation familiale, sous réserve que l'organisme assureur reçoive la demande dans les 3 mois qui suivent ce changement. À défaut, l'affiliation de l'ayant droit prendra effet au 1er jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'affiliation par l'organisme assureur,
- à la date à laquelle ils cessent de bénéficier d'une dispense d'affiliation,
- à défaut, à la date de l'accord de l'organisme assureur.

3.2.2. Cessation des garanties

1. Pour les assurés

Les garanties cessent pour chaque assuré à la date de cessation de son affiliation.

2. Pour les ayants droit

Les garanties cessent pour chaque ayant droit :

- à la date à laquelle il ne répond plus aux conditions prévues pour être défini comme ayant droit,
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévus à l'article 5.3. « Défaut de paiement »,
- à la même date que celle de l'assuré,

3.3. Les prestations

Le montant des prestations mentionné au tableau des garanties de chaque contrat souscrit

L'assuré peut, le cas échéant, choisir une option de garanties parmi celles proposées selon les modalités prévues dans la notice d'information.

Les garanties prises en compte par l'organisme assureur pour le calcul de ces remboursements sont celles en vigueur à la date des soins. La date des soins est celle retenue par la Sécurité sociale ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par cet organisme.

Le total des remboursements de l'organisme assureur, de ceux de la Sécurité sociale et 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.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie et les demandes de prestations doivent être adressées à l'organisme assureur dans un délai de deux (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 aux trois conditions cumulatives suivantes** :

- de survenir dans l'une des situations définies à l'article 1.4. « Territorialité »,
- d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale,
- d'avoir été engagés en cas d'urgence, de manière inopinée et non programmée.

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. 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 référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme, sauf mention au tableau des garanties,
- 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 au lexique,
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires tels que définis au Lexique,
- 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, 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,
- achat de médicament sur 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 au tableau des garanties 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 justifiée 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 traitements automatiques des remboursements mise en place entre la Sécurité sociale et l'organisme assureur. Elle autorise l'organisme assureur à établir une liaison directe avec la caisse de Sécurité sociale des bénéficiaires et ainsi permet à ces derniers d'obtenir un remboursement automatiquement dès lors que la demande de remboursement a été adressée à cet organisme.

Néanmoins dans certains cas, des pièces complémentaires nécessaires au remboursement et listées au Titre 7 « Pièces justificatives », sont à adresser à la Sécurité sociale.

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 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,
- s'ils refusent ce service en le notifiant par écrit sur papier libre à l'organisme assureur,
- s'ils 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...).

3.4.3. 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.)

3.4.4. 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 d'un contrat socle, 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.

3.4.5. Tiers payant

Le contrat permet à l'assuré et à ses 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.

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives mentionnées au Titre 7 « Pièces justificatives ».

L'organisme assureur délivre une carte de tiers payant ou une attestation de droit tiers payant.

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.

3.4.6. 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, l'assuré 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 généralement 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 trente (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, 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.

TITRE 4. MAINTIEN DES GARANTIES

4.1. En cas de suspension du contrat de travail

4.1.1. Suspension du contrat de travail rémunéré

Les garanties et leurs évolutions 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 versé par le souscripteur,

ou

- bénéficiaires d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par le souscripteur, qu'elles soient versées directement par le souscripteur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

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

En cas de suspension du contrat de travail non visé à l'article 4.1.1. « Suspension du contrat de travail rémunéré », les garanties sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail. Toutefois, lorsque son contrat de travail est suspendu pour une durée supérieure à un mois (notamment pour congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé sabbatique, ou tout autre congé sans solde), l'assuré peut demander à l'organisme assureur le maintien des garanties du(des) contrat(s), moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à la charge exclusive de l'assuré sous réserve des dispositions suivantes :

- Lorsque le salarié débute son congé en cours de mois, la cotisation du mois commencé est due dans les mêmes conditions que celle du personnel en activité ;
- Lorsque le salarié termine son congé en cours de mois, la cotisation du mois commencé est due dans les mêmes conditions que celle du personnel en activité.

Les garanties et leurs évolutions peuvent continuer à s'appliquer aux assurés concernés sous réserve que le souscripteur en avise l'organisme assureur au moins trente (30) jours avant la prise d'effet de la suspension.

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.

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 droit couverts au titre du contrat au moment de la cessation du contrat de travail bénéficient à titre gratuit du maintien des garanties, conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Les droits à garanties du salarié doivent avoir été ouverts avant la date de cessation du contrat de travail.

Le souscripteur doit :

- Signaler le maintien des garanties visées par le régime dans le certificat de travail de l'ancien salarié ;
- aviser l'organisme assureur dans un délai de trente (30) jours qui suit la cessation du contrat de travail (avec transmission des pièces requises lorsqu'elles sont demandées par l'organisme assureur tel que le formulaire individuel d'affiliation au présent dispositif complété et signé, accompagné de la copie du ou des derniers contrats de travail justifiant sa durée, d'une attestation justifiant du statut de demandeur d'emploi et des cartes de tiers payant en cours de validité).

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail pour une période égale à la durée :

- d'indemnisation chômage,
- 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 douze mois.**

Le maintien des garanties cesse à la date de :

- cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage quel qu'en soit la cause,
- la 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,
- décès de l'assuré.

Dès qu'il en a connaissance, l'ancien salarié (ou ses ayants droit en cas de décès) s'engage à informer l'organisme assureur de toute cause entraînant la cessation anticipée de maintien des garanties.

Pour le paiement des prestations, l'ancien salarié devra produire à l'organisme assureur le justificatif d'ouverture de droit au régime obligatoire d'assurance chômage et le justificatif de versement de l'allocation chômage.

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 sont appliquées à l'ancien salarié et à ses ayants droit.

4.3. Cas des salariés confrontés à une situation de redressement, liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde

Le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde du souscripteur et les assurés bénéficient de la portabilité dans les mêmes conditions que celles prévues dans le cadre de l'article 4.2. Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L.622-13 du code de commerce en matière de redressement judiciaire ou de sauvegarde, et à l'article L.641-11-1 du code de commerce en matière de liquidation judiciaire et selon les modalités définies à la présente notice d'information.

4.4. En cas de décès de l'assuré : Maintien gratuit d'un an des ayants droit de salariés décédés

En cas de décès de l'assuré (ou ancien salarié bénéficiant du dispositif de portabilité), le contrat est maintenu à titre gratuit pendant une durée d'un (1) an (de date à date) à compter du jour du décès, aux ayants droit de l'assuré décédé bénéficiaires du contrat.

A condition d'en avoir été informé par le souscripteur, l'organisme assureur adresse une proposition de maintien de la couverture aux ayants droit de l'assuré décédé dans les 2 mois suivants le décès.

Les ayants droit de l'assuré décédé devront faire la demande de maintien au plus tard dans le délai de six (6) mois suivant le décès de l'assuré. Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion.

Au titre de ce maintien de garanties, sont également considérés comme ayants droit du salarié, les enfants nés moins de 300 jours après le décès de l'assuré.

Ce maintien est accordé sans contrepartie de cotisation.

A l'issue de ce maintien, les ayants droit d'assuré décédé peuvent bénéficier du maintien des garanties tel que prévu à l'article 4.5 « En cas de rupture du contrat de travail : Maintien des garanties aux anciens salariés et ayants droit de salariés décédés ».

4.5. En cas de rupture du contrat de travail : Maintien 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 figées à la date de rupture du contrat de travail avec des conditions tarifaires encadrées réglementairement en conformité avec le dispositif de l'article 4 de la « Loi Évin » (contrat loi « Évin »),

ou

- si l'organisme assureur le prévoit, à souscrire un contrat adapté à sa nouvelle situation hors du dispositif « Loi Évin » (contrat « d'accueil »).

Au décès du salarié, et à l'issue du maintien des garanties prévu à l'article 4.4 « En cas de décès de l'assuré : Maintien gratuit d'un an des ayants droit de salariés décédés », ses ayants droit qui bénéficiaient des garanties du contrat du fait de son affiliation peuvent également demander à bénéficier d'un maintien desdites garanties (contrat loi « Évin ») ou à souscrire à un contrat adapté à leur nouvelle situation (contrat « d'accueil »). La demande de maintien doit parvenir à l'organisme assureur dans le délai de six (6) mois suivant le maintien à titre gratuit. Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion.

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

4.5.1. Modalités et prise d'effet du maintien

Le souscripteur doit informer l'organisme assureur dans un délai de trente (30) jours :

- de la rupture du contrat de travail d'un salarié, éligible au maintien individuel des garanties,
- ou
- du décès d'un salarié ou ancien salarié bénéficiant du dispositif de portabilité, dont les ayants droit sont éligibles au maintien gratuit de douze mois des ayants droit de salariés décédés.

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

La demande de souscription doit être faite dans les six (6) mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le terme de la portabilité ou le décès du salarié.

Aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise.

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 maintien gratuit de douze mois des ayants droit de salariés décédés en cas de décès.

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

Le maintien des garanties est aux :

- anciens salariés est viager ;
- ayants droit d'un assuré décédé cesse au terme d'une période de douze (12) mois à compter de la date d'effet du maintien des garanties aux ayants droit de salariés décédés conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi Evin telles que définies à l'article 4.5 « En cas de rupture du contrat de travail : Maintien des garanties aux anciens salariés et ayants droit de salariés décédés ».

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

Le maintien des garanties est offert aux anciens salariés et ayants droit d'assurés décédés qui étaient assurés au titre du régime conventionnel obligatoire auprès de l'organisme assureur à la date de la cessation de leur affiliation à ce régime conventionnel.

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

Lorsque l'organisme assureur le prévoit, 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.

TITRE 5. LES COTISATIONS

5.1. Montant et structure des cotisations

5.1.1. Assiette et montant

Pour le contrat socle à adhésion obligatoire : La cotisation est déterminée en fonction du niveau de couverture choisi par le souscripteur :

- Base conventionnelle
- Option 1 (équivalent à la base conventionnelle complétée du renfort de l'option 1)
- Option 2 (équivalent à la base conventionnelle complétée du renfort de l'option 2)

Pour le contrat surcomplémentaire à adhésion facultative : La cotisation est déterminée en fonction de l'amélioration du niveau de couverture auquel s'affilie l'assuré (et ses ayants droit) par rapport au niveau de couverture choisi par le souscripteur au titre du contrat socle

La cotisation est déterminée en fonction du niveau de garanties dont bénéficie l'assuré (et ses ayants droit).

Les cotisations étant exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice en cours, celles-ci augmenteront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

5.1.2. Structures de cotisations

Les cotisations sont structurées conformément au tableau ci-après.

Structures de cotisations	Les personnes assurées	Les cotisations à payer
Famille	Assuré + Ayants droit	1 cotisation pour l'ensemble

5.2. Modalités de paiement des cotisations

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

- dans le cadre **du contrat socle collectif à adhésion obligatoire, par le souscripteur**.
Le souscripteur est le seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.
- dans le cadre **du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative, par l'assuré**, mensuellement d'avance ou à terme échu selon les modalités définies par l'organisme assureur dans les dix 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.

Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au contrat, le souscripteur, ou le cas échéant dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative l'assuré, ne sont 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.

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

5.3. Défaut de paiement

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix jours de son échéance, l'organisme assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception à l'assuré.

Si le paiement n'intervient pas, l'affiliation de l'assuré cesse quarante jours après l'envoi de la mise en demeure à l'assuré.

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

Dans tous les cas, les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de résiliation du contrat ou de cessation de l'affiliation des assurés et des ayants droit restent à payer. L'organisme assureur a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

TITRE 6. REFERENCES LEGALES

6.1. Fausse déclaration

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

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.

6.2. Déchéance

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 deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'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 le bénéficiaire 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, du bénéficiaire ou a été indemnisé par le souscripteur, 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 avis de réception lorsque l'organisme assureur s'adresse au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,
- d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique lorsque le bénéficiaire s'adresse 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 ou pour toute demande d'information, le souscripteur et/ou les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller leur gestionnaire ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée à l'organisme assureur à (aux) adresse(s) mentionnée(s) au Titre 8 « Coordonnées des organismes assureurs ».

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, le souscripteur et/ou les bénéficiaires peuvent s'adresser au médiateur (Cf. les coordonnées du médiateur mentionnées au Titre 8), dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de la 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 l'organisme assureur, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

L'organisme assureur a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté à l'adresse de l'organisme assureur mentionnée au Titre 8 « Coordonnées des organismes assureurs ».

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 l'organisme assureur ou d'autres sociétés du groupe de l'organisme assureur;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par l'organisme assureur 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 l'organisme assureur 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.

L'organisme assureur 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, l'organisme assureur 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 l'organisme assureur 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 l'organisme assureur 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.

L'organisme assureur 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, l'organisme assureur 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 l'organisme assureur et des prescriptions légales applicables.

L'organisme assureur 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 à l'adresse de l'organisme assureur mentionnée au Titre 8 « Coordonnées des organismes assureurs ».

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. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

6.8. Autorité de contrôle

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

TITRE 7. PIÈCES JUSTIFICATIVES

7.1. Pièces nécessaires à l'affiliation

Quelle que soit la nature du contrat :

Type de bénéficiaire	Pièces à fournir
Assuré	<ul style="list-style-type: none">un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement des prestations (NB. un seul RIB par famille).
Ensemble des bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none">la photocopie de l'attestation carte vitale délivrée par la Sécurité sociale.
Conjoint	<ul style="list-style-type: none">la copie du livret de famille
Partenaires de PACS et concubins	<ul style="list-style-type: none">une déclaration sur l'honneur signée des deux partenaires ou concubins.
Pour les enfants à charge qui ne figurent pas sur l'attestation de carte vitale de l'assuré :	<ul style="list-style-type: none">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 ou de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé.Une copie du dernier bulletin de salaire

Dans les cas d'un contrat collectif à adhésion facultative :

Type de bénéficiaire	Pièces à fournir
Assuré	<ul style="list-style-type: none">Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations y afférent.

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 remboursement des prestations ne peut être effectué qu'à compter de la réception complète des pièces qui auront été demandées par l'organisme assureur.

Par ailleurs, ce dernier se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires, y compris après paiement des prestations. Toute somme versée à tort sera réclamée par l'organisme assureur.

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

✓ **Pour la prise en charge 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 deux ans à compter de la date des soins, l'organisme assureur procédera à la régularisation à hauteur des garanties.

✓ **Pour la prise en charge 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 après le paiement des prestations, cet assuré devra restituer les prestations indument versées.

Traitement par Noémie	Justificatifs à fournir
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
Cure thermale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facture acquittée et détaillée mentionnant les dépenses extra légales et les frais de transport et d'hébergement
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
Maternité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Photocopie du livret de famille ou acte de naissance

Traitement hors Noémie	
Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.
Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état¹ dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI ou RPPS.
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale ²	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité 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.

²Liste des pharmacies autorisées à vendre sur internet : ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search

TITRE 8. COORDONNEES DES ORGANISMES ASSUREURS

ORGANISMES ASSUREURS	RÉCLAMATION	MÉDIATION	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (demande d'exercice de droits)	MOYENS DE NOTIFICATION DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT AUPRES DE L'ORGANISME ASSUREUR
<p>Malakoff Humanis Prévoyance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • pour l'employeur Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex Ou reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com • pour le Salarié : Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex Ou reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Centre Technique des Institutions de Prévoyance 10 rue Cambacérès 75008 Paris • ou par mail à : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/ 	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier à : Malakoff Humanis Pole Informatique et Libertés 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9 • ou par mail à : dpo@malakoffhumanis.com 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 du contrat ou l'adhésion par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. ▪ Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.
<p>AG2R Prévoyance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier au point d'entrée unique courrier pour la prévoyance/santé à : AG2R LA MONDIALE TSA 37001 59071 ROUBAIX CEDEX • ou en joignant un conseiller par téléphone au numéro suivant (appel non surtaxé) : 09 72 67 22 22 	<ul style="list-style-type: none"> • En cas de désaccord sur la réponse donnée, les réclamations peuvent être présentées au Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE, 32 avenue Emile Zola Mons en Baroeul – 59 896 Lille Cedex 9. <p>En cas de désaccord persistant après épuisement des procédures internes de réclamations d'AG2R LA MONDIALE visées aux alinéas précédents, les réclamations peuvent être présentées au Médiateur de la protection sociale – 10 rue Cambacérès 75008 Paris ou par internet à l'aide d'un formulaire disponible sur le site https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/</p>	<ul style="list-style-type: none"> • par courrier accompagné d'un justificatif d'identité à : AG2R LA MONDIALE à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France 92599 Levallois-Perret Cedex • ou par courriel à : informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr 	<p>Résiliation annuelle ou infra – annuelle du contrat collectif par l'entreprise :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur l'espace client via le site www.ag2rlamondiale.fr ; ▪ Soit par lettre ou tout autre support durable (notamment par courriel à l'adresse suivante : entreprise.santeprevoyance@ag2rlamondiale.fr) ; ▪ Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'institution ; ▪ Soit par acte extrajudiciaire. <p>Résiliation annuelle ou infra annuelle par l'assuré du régime surcomplémentaire à adhésion facultative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit par le formulaire de résiliation en ligne, disponible sur l'espace client via le site www.ag2rlamondiale.fr ; - Soit par lettre ou tout autre support durable (notamment par courriel à l'adresse suivante : sante@ag2rlamondiale.fr) ; - Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'institution ; - Soit par acte extrajudiciaire.

<p>Harmonie Mutuelle Groupe VYV</p>	<p>Par courrier à : HARMONIE MUTUELLE Service Qualité Relation Adhérents CS 81021 49010 ANGERS CEDEX 01</p>	<p>- Soit sur le site du médiateur : http://cnpm-mediation-consommation.eu - Soit par courrier à son adresse postale : Médiateur de la consommation auprès de la Mutuelle HARMONIE MUTUELLE CNPM MEDIATION CONSOMMATION 27 Avenue de la Libération 42400 SAINT-CHAMOND</p>	<p>Par courrier à : HARMONIE MUTUELLE Service DPO 29 quai François Mitterrand 44273 NANTES CEDEX 2</p> <p>Ou par mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 du contrat ou l'adhésion par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. <p>Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.</p>
--	--	--	--	--

ANNEXE 1 : GARANTIES

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale, dès lors qu'elle intervient. Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés. Dans le tableau ci-dessous, la Base conventionnelle est incluse dans les Option 1 et Option 2

	BASE CONVENTIONNELLE		OPTION 1 (sous déduction de la base conventionnelle)		OPTION 2 (sous déduction de la base conventionnelle)	
	DPTM*	Hors DPTM*	DPTM*	Hors DPTM*	DPTM*	Hors DPTM*
HOSPITALISATION⁽¹⁾						
Frais de séjour						
En établissement conventionné	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
En établissement non conventionné	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Forfait journalier hospitalier⁽²⁾						
Hospitalier	100 % du forfait		100 % du forfait		100 % du forfait	
Psychiatrique	100 % du forfait		100 % du forfait		100 % du forfait	
Honoraires – Secteur conventionné						
Actes de chirurgie, d'anesthésie, actes techniques médicaux	220 % BR	200 % BR	220 % BR	200 % BR	220 % BR	200 % BR
Autres honoraires remboursés par la Sécurité Sociale	220 % BR	200 % BR	220 % BR	200 % BR	220 % BR	200 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur		100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur		100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur	
Chambre particulière – Secteur conventionné⁽³⁾						
Par nuitée	1,46 % PMSS		2,40 % PMSS		3,50 % PMSS	
Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	1,46 % PMSS		2,40 % PMSS		3,50 % PMSS	
Frais d'accompagnement⁽³⁾	1,46 % PMSS		2,40 % PMSS		3,50 % PMSS	
TRANSPORTS						
Transports remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux						
Généralistes	100 % BR	100 % BR	170 % BR	150 % BR	220 % BR	200 % BR
Spécialistes	100 % BR	100 % BR	170 % BR	150 % BR	220 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie, acte médicaux techniques	100 % BR	100 % BR	170 % BR	150 % BR	220 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale, Actes d'échographie	100 % BR	100 % BR	170 % BR	150 % BR	220 % BR	200 % BR
Analyse et examens de laboratoire						
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Auxiliaires médicaux	100 % BR		100 % BR		150 % BR	
Sage-femme	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Médicaments						
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Traitement anti-tabac prescrit pris en charge	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Vaccins prescrits remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	-		-		3 % PMSS	

Matériel médical (hors aide auditive et optique)			
Appareillage et prothèses médicales pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % BR	100 % BR	260 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur	100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur	100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur
Cures thermales	100 % BR	100 % BR	10 % PMSS
AUDIOLOGIE Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
Equipe ment 100 % santé** (Equipe ment de Classe I****)			
Par bénéficiaire	Sans reste à payer dans la limite des PLV	Sans reste à payer dans la limite des PLV	Sans reste à payer dans la limite des PLV
Equipe ment libre (Equipe ment de Classe II****)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité Sociale		
Par bénéficiaire	100 % BR	100 % BR + 300 €	100 % BR + 300 €
Entretien / réparation / Piles et autres consommables	100 % BR	100 % BR	100 % BR
OPTIQUE			
Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16ème anniversaire (hors situation médicale particulière) ⁽⁴⁾			
Equipe ment 100 % santé** (Classe A)***			
Bénéficiaire de 16 ans et + (monture + 2 verres)	Sans reste à payer dans la limite des PLV	Sans reste à payer dans la limite des PLV	Sans reste à payer dans la limite des PLV
Bénéficiaire de moins de 16 ans (monture + 2 verres)			
Prestation d'appairage (verres classe A + réfraction différente)			
Prestation d'adaptation (verres classe A)			
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)			
Equipe ment Libre (Classe B)***			
Monture			
Bénéficiaires de 16 ans et +	100 €	100 €	100 €
Bénéficiaires de moins de 16 ans	60 €	80 €	100 €
Verre ⁽⁵⁾ pour les bénéficiaires de 16 ans et +			
Verre simple	75 €	100 €	125 €
Verre complexe	140 €	165 €	200 €
Verre très complexe	160 €	200 €	250 €
Verre ⁽⁵⁾ pour les bénéficiaires de moins de 16 ans			
Verre simple	55 €	65 €	75 €
Verre complexe	100 €	110 €	120 €
Verre très complexe	120 €	130 €	140 €
Prestations supplémentaires ***			
Prestation d'adaptation (verres classe B)	160 % BR	160 % BR	160 % BR
Supplément pour verres avec filtre (verres de classe B)	160 % BR	160 % BR	160 % BR
Autres suppléments ⁽⁶⁾ pour verres de classe A ou B	160 % BR	160 % BR	160 % BR
Lentilles			
Remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR + 5 % PMSS	100 % BR + 7,5 % PMSS	100 % BR + 10 % PMSS
Non remboursées par la Sécurité sociale	5 % PMSS	7,5 % PMSS	10 % PMSS
Chirurgie réfractive	-	-	13 % PMSS par œil

DENTAIRE			
Soins et prothèses 100 % Santé**	Sans reste à payer dans la limite des HLF	Sans reste à payer dans la limite des HLF	Sans reste à payer dans la limite des HLF
Prothèses dentaires à tarifs modérés, remboursées par la Sécurité Sociale			
Inlay-onlay, Inlay core	280 % BR dans la limite des HLF	380 % BR dans la limite des HLF	480 % BR dans la limite des HLF
Prothèse incisive / Canine / 1ère prémolaire (max 3/an, au-delà 125% BR), y compris prothèse amovible et couronne transitoire	280 % BR dans la limite des HLF	380 % BR dans la limite des HLF	480 % BR dans la limite des HLF
Prothèse 2ème prémolaire et molaire (max 3/an, au-delà 125% BR), y compris prothèse amovible et couronne transitoire	280 % BR dans la limite des HLF	380 % BR dans la limite des HLF	480 % BR dans la limite des HLF
Prothèses dentaires à tarifs libres, remboursées par la Sécurité sociale			
Inlay / Onlay, Inlay core	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Prothèse incisive / Canine / 1ère prémolaire (max 3/an, au-delà 125% BR), y compris prothèse amovible et couronne transitoire	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Prothèse 2ème prémolaire et molaire (max 3/an, au-delà 125% BR), y compris prothèse amovible et couronne transitoire	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	226 € / acte	276 € / acte	326 € / acte
Soins dentaires	280 % BR	280 % BR	280 % BR
Autres actes dentaires			
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	86 € / acte	86 € / acte	86 € / acte
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	350 % BR	400 % BR	450 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	406 € / semestre	406 € / semestre	406 € / semestre
Implantologie			
Implant dentaire	452 € / implant	617 € / implant	800 € / implant
DIVERS			
Ostéodensitométrie prescrite et remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prime de naissance	-	-	10 % PMSS / enfant
Diététicien enfant < 12 ans	-	30 € / an	30 € / an
Dépistage ostéoporose entre 45 et 59 ans	-	50 € / an	50 € / an
Médecine préventive (ostéopathe / Etiopathe / chiropracteur / Psychothérapeute / Acupuncteur)	30 € par séance (max 4 / an)	50 € par séance (max 4 / an)	60 € par séance (max 5 / an)

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

FR = Frais réels

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale

PLV = Prix Limite de Vente

HLF = Honoraires Limites de Facturation

* DPTM = 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 maximums fixés.

*** Liste A : Equipements respectant les conditions du 100% santé/ Liste B Autres équipements que le 100% santé

**** Liste I : Equipements respectant les conditions du 100% santé ; liste II Autres équipements

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

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

(3) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre ambulatoire correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) L'équipement d'optique médicale (verres et monture) est pris en charge par l'organisme assureur sous réserve du respect des périodicités de renouvellement.

La périodicité de renouvellement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'organisme assureur depuis le 1er janvier 2018. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre par les verres, la période pendant laquelle un équipement (2 verres et 1 monture) peut être remboursé débute à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les périodicités de renouvellement sont définies comme suit :

- pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, les équipements d'optique sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans suivant la dernière facturation, par bénéficiaire ;

- pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale d'un an suivant la dernière facturation d'un équipement ;

- par exception, pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois suivant la dernière facturation d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

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

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

- pour les enfants de moins de 16 ans, en cas d'évolution de la vue objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale ;

- sans distinction d'âge, en cas d'évolution de la réfraction constatée par une prescription médicale ophtalmologique et liée à une des situations médicales particulières listées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.

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

Constitue une évolution de la vue :

- la variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres,

- la variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin,

- la somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin,

- la variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie,

- la variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries,

- la variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) supérieur à 4,00 dioptries.

(5) Verre simple

verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptrie,

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

verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

(5) Verre complexe

verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,

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

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

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

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

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

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

(5) Verre très complexe

verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,

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

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

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

(6) Suppléments pour verres de classe A ou B (prisme incorporé, prisme souple uniquement pour les - de 6 ans, système antiptosis, verres iséïconiques)

ANNEXE 2 : DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTE RESPONSABLES

En complément des dispositions générales communes aux contrats collectifs santé assurés par l'organisme assureur, les présentes dispositions spécifiques s'appliquent.

Nature du contrat

Les présents contrats sont qualifiés 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 R.871-2 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 remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques),
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R. 160-16 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.

Lorsque 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 d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le contrat prend en charge, en sus des prestations obligatoires du contrat responsable, les niveaux minimums de remboursements suivants :

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

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

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

A 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.

Précisions sur l'application du 100% santé

1. Optique

a. Généralités

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

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

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

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

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

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait unique**, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **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 I-8DI soit -9D

b. Les 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 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	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	variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.	
Constatation de l'évolution de la vue	soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres.	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 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

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

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 (4) 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'organisme assureur. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

ANNEXE 3 SERVICES

Devis conseil

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

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

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

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

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

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

Réseau de professionnels de santé

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

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

Si le contrat le prévoit, des prestations plus élevées peuvent être accordées pour les dépenses engagées dans le réseau aux bénéficiaires qui ont recours au tiers payant. Ces prestations dans le réseau ne sont pas cumulables avec celles hors réseau.

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

Tableau de bord santé

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

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

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

- **l'historique des remboursements** :

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

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

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

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

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

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

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



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



AG2R LA MONDIALE

AG2R PREVOYANCE
Institution de prévoyance régie par le Code de
la Sécurité sociale, Siège social : 14-16
Boulevard Malesherbes - 75008 Paris, N°
SIREN 333 232 270.



HARMONIE MUTUELLE
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du
Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire
SIRENE sous le n°538 518 473 - Siège social :
143 rue Blomet - 75015 PARIS