

MALAKOFF HUMANIS SANTE AGRICOLE

Frais de santé

CONDITIONS GENERALES N°22516

au(x) contrat(s) d'assurance collectif(s)
contrat socle collectif facultatif

Salariés non affiliés à l'AGIRC

Assurés par Malakoff Humanis Prévoyance

Sommaire

Lexique	5
Préambule.....	10
PARTIE 1. CONDITIONS GENERALES COMMUNES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTE	11
Titre 1. Dispositions relatives à la vie du contrat	11
1.1. Objet du contrat.....	11
1.2. Principe de solidarité	12
1.3. Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat	12
1.4. Obligations d'informations du <i>souscripteur</i>	13
1.5. Révision du contrat.....	14
Titre 2. Dispositions relatives à l'affiliation au contrat.....	16
2.1. Conditions et formalités d'affiliation.....	16
2.2. Prise d'effet de l'affiliation	17
2.3. Cessation de l'affiliation	17
Titre 3. Dispositions relatives aux garanties.....	18
3.1. Objet des garanties.....	18
3.2. Prise d'effet et cessation des garanties	18
3.3. Les prestations.....	19
3.4. Règlement des prestations.....	21
Titre 4. Maintien des garanties.....	23
4.1. En cas de suspension du contrat de travail	23
4.2. En cas de cessation du contrat de travail (portabilité)	23
4.3. En cas de procédure collective, y compris en cas de liquidation judiciaire (portabilité).....	24
4.4. En cas de rupture du contrat de travail : Maintien individuel des garanties aux anciens salariés et ayants droit de salariés décédés	24
Titre 5. Cotisations	25
5.1. Montant et structures des cotisations	25
5.2. Modalités de paiement	25
5.3. Défaut de paiement des cotisations par l'assuré	25
Titre 6. Références légales.....	26
6.1. Fausse déclaration.....	26
6.2. Déchéance.....	26
6.3. Prescription	26
6.4. Subrogation.....	26
6.5. Réclamation - Médiation.....	27
6.6. Juridiction compétente	27
6.7. Confidentialité.....	27
6.8. Protection des données à caractère personnel.....	27
6.9. Autorité de contrôle.....	29
Titre 7. Pièces justificatives.....	30
7.1. Pièces nécessaires à l'affiliation	30
7.2. Pièces nécessaires au paiement des prestations.....	30
PARTIE 2. CONDITIONS GENERALES SPECIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTE RESPONSABLES	32
Titre 1. Nature du contrat.....	32
Titre 2. Précisions sur l'application du 100 % santé	33
2.1. Optique.....	33
2.2. Dentaire.....	34
2.3. Aide auditive.....	35

PARTIE 3. SERVICES	36
Titre 1. Devis conseil.....	36
Titre 2. Réseau de professionnels de santé	36
Titre 3. Tableau de bord santé	37

Lexique

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

Principaux termes utilisés :	
Organisme assureur	<p>Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la <i>Sécurité sociale</i>, Siège 21 rue Laffitte 75009 Paris – N° SIREN 775 691 181 ;</p> <p>Le contrat est régi par le Code de la <i>Sécurité sociale</i>.</p> <p>Dans la suite du texte, les termes « membre adhérent » et « membre participant » définis à l'article L931-3 du Code de la <i>Sécurité sociale</i> seront remplacés respectivement par « <i>souscripteur</i> » et « <i>assuré</i> » ;</p>
Souscripteur	<p>L'entreprise relevant de l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance, signataire du contrat d'adhésion ou des conditions particulières qui a conclu le contrat d'assurance avec l'<i>organisme assureur</i> au bénéfice des salariés appartenant à la <i>catégorie assurée</i>.</p>
Catégorie assurée	<p>L'ensemble des salariés non affiliés à l'AGIRG du <i>souscripteur</i> appartenant à la <i>catégorie assurée</i> définie aux conditions particulières, répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 2.1.1. « Personnes assurables ».</p>
Assuré	<p>La personne physique, affiliée au(x) contrat(s) socle collectif obligatoire, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la <i>catégorie assurée</i>.</p>
Ayants droit	<p>Le conjoint est :</p> <ul style="list-style-type: none">• l'époux ou l'épouse de l'assuré(lié(e) à l'assuré par les liens du mariage(article 143 du Code Civil)), non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle,• ou à défaut, le partenaire de l'assuré lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle,• ou à défaut, la personne vivant en concubinage avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS). <p>La preuve du lien se fait par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus.</p> <p>Les enfants à charge :</p> <p>Sont ceux de l'assuré ou ceux de son conjoint s'ils sont effectivement à la charge de l'assuré, c'est-à-dire si celui-ci pourvoir à leurs besoins et assure leur entretien et qui remplissent une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• être âgés de moins de 18 ans, non-salariés et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale de l'assuré, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin• être âgés de moins de 21 ans, non-salariés et bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnu à charge par l'administration fiscale de l'assuré,• être âgés de moins de 26 ans et :<ol style="list-style-type: none">a) poursuivant leurs études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé et qu'à ce titre ils puissent en justifier lors de leur adhésion puis annuellement par un certificat de scolarité et s'ils fournissent l'attestation jointe à la carte Vitale ou la carte d'assuré au régime de base obligatoire d'assurance maladieb) ou être bénéficiaire d'une Couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale,

	<ul style="list-style-type: none"> • être âgés de moins de 26 ans et sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité, • quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé,. Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ; • les enfants de l'assuré nés « viables » moins de 300 jours après son décès <p>Les ascendants à charge de l'assuré, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin.</p>
Bénéficiaires	Les <i>ayants droit</i> de l'assuré, sous réserve de la structure de cotisation choisie par l'assuré et décrite au(x) contrat(s) d'adhésion ou aux conditions particulières ainsi que des dispositions mentionnées à l'article 3.2.1. « Prise d'effet des garanties ».
Accord frais de santé	L'accord frais de santé national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance
Contrat socle	C'est le contrat collectif complémentaire qui intervient immédiatement après la <i>Sécurité sociale ou la Mutualité Sociale Agricole (MSA)</i> et avant un éventuel <i>contrat surcomplémentaire</i> . Les dispositions de ce contrat sont conformes à l'accord frais de santé.

AUTRES TERMES UTILISES

Accident	Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.
Actes	Les actes pris en considération sont ceux : <ul style="list-style-type: none"> • référencés par la <i>Sécurité sociale</i> aux nomenclatures définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement. • non référencés par la <i>Sécurité sociale</i> aux nomenclatures mais expressément prévus aux Conditions particulières qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET, ADELI ou RPPS.
Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	Le tarif servant de base de calcul à la <i>Sécurité sociale</i> pour rembourser les frais médicaux. Les BR sont consultables sur le site ameli.fr .
Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique). Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur annuaire.sante.ameli.fr .
Déclaration sociale nominative (DSN)	La DSN est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.
Dispositif mon psy	La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoit la prise en charge de séances d'accompagnement psychologique dans le cadre du dispositif « MonPsy ». Depuis le 5 avril 2022, votre contrat rembourse le ticket modérateur des séances effectuées dans le cadre de ce dispositif

Forfait journalier hospitalier Le forfait journalier hospitalier est pris en charge pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L174-4 du Code la sécurité sociale, à l'exclusion des établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...)

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

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

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

Voir aussi *participation forfaitaire*

Maladie Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité État de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité.

Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) Ce montant est calculé ainsi :
[Base de remboursement (BR)] x [Taux de remboursement appliqué par la *Sécurité sociale*].

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 2. *Participation forfaitaire* d'un Euro :

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

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

3. *Participation forfaitaire* « actes lourds »

Ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'État 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	<p>Plafond de la <i>Sécurité sociale</i> est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1^{er} janvier. Il est utilisé pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le calcul du montant des cotisations, • certaines prestations exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle. <p>Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr</p>
Portabilité	<p>Dispositif qui permet le maintien des garanties frais de santé aux anciens salariés demandeurs d'emploi et <i>bénéficiaires</i> de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la <i>Sécurité sociale</i> pendant une certaine durée.</p>
Prestations en nature	<p>Remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les <i>bénéficiaires</i>.</p>
Procédures collectives	<p>Procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L621-1 et suivants, L631-1 et suivants, L641-1 et suivants du Code de commerce et consultables sur le site www.légifrance.fr</p>
Reste à charge	<p>Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'<i>assuré</i> après le remboursement de la <i>Sécurité sociale</i>. Il est constitué :</p> <ul style="list-style-type: none"> • du ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par la Sécurité sociale) ; • de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ; • des éventuels dépassements d'honoraires ou tarifaires ; • de l'éventuel forfait journalier hospitalier ; • des frais liés aux soins et prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. <p>Cette part de dépense est prise en charge par l'organisme assureur dans les conditions définie au contrat.</p> <p>La participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'organisme assureur ;</p>
Secteur conventionné	<p>L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la <i>Sécurité sociale</i> 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 <i>Sécurité sociale</i>. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la <i>Sécurité sociale</i>. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge des <i>bénéficiaires</i>.</p>
Secteur non conventionné	<p>L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la <i>Sécurité sociale</i> et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la <i>Sécurité sociale</i> est alors effectué sur une base minorée.</p>
Sécurité sociale (Régime obligatoire)	<p>Régime général ou local de <i>Sécurité sociale</i> française ou de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont dépendent les <i>bénéficiaires</i>.</p>
Service médical rendu (S.M.R.)	<p>Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par la <i>Sécurité sociale</i>.</p>
Sinistre	<p>La survenance des soins.</p>
Support durable	<p>Tout instrument permettant à l'utilisateur de services de paiement de stocker les informations qui lui sont personnellement adressées d'une manière telle que ces informations puissent être consultées ultérieurement pendant une période adaptée à leur finalité et reproduites à l'identique ;</p>

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 l'accord national signé le 10 juin 2008, modifié par avenant n°4 en date du 15 septembre 2015, complété par un avenant n°5 signé le 28 septembre 2016 et un avenant n°6 signé le 17 avril 2018, entre les différents partenaires sociaux mettant en place des garanties conventionnelles Frais de Santé au profit des salariés agricoles relevant du champ d'application de l'accord précité, non affiliés à l'AGIRC.

Le champ d'application de l'accord inclut les coopératives d'utilisation de matériel agricole, ainsi que les exploitations et entreprises agricoles ayant une activité définie aux subdivisions de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, à l'exception des centres équestres, des entraîneurs de chevaux de courses, champs de course et des parcs zoologiques, des entreprises du paysage, de l'Office national des forêts et des établissements de conchyliculture.

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré un régime conventionnel frais de santé, au bénéfice du personnel non affiliés à l'AGIRC des entreprises relevant du champ d'application de l'Accord frais de santé.

L'employeur relevant de l'accord national du 10 juin 2008, adhère au(x) contrat(s) frais de santé mis en œuvre par Malakoff Humanis Prévoyance.

Les présentes Conditions générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des entreprises et les conditions dans lesquelles l'organisme assureur, garantissent aux ayants droit des salariés les prestations frais de santé prévues par l'accord national du 10 juin 2008.

Partie 1. Conditions générales communes aux contrats collectifs santé

Titre 1. Dispositions relatives à la vie du contrat

Les présentes conditions générales communes (Partie 1) s'appliquent pour la souscription d'un ou de plusieurs contrats.

En complément des dispositions communes exposées à la présente Partie 1, s'appliquent les conditions générales spécifiques aux contrats responsables de la Partie 2.

Seules les entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord frais de santé peuvent souscrire les contrats.

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

1.1. Objet du contrat

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

Seuls peuvent souscrire au contrat socle collectif facultatif les souscripteurs ayant souscrit au contrat socle collectif obligatoire.

La souscription dudit contrat peut intervenir en même temps que la souscription du contrat socle collectif obligatoire précité. Elle peut également être réalisée postérieurement à celle-ci, en cours d'exécution du contrat socle collectif obligatoire.

Le contrat socle collectif à adhésion facultative donne la possibilité aux assurés *bénéficiaires* du contrat socle collectif à adhésion obligatoire d'affilier leurs *ayants droit*.

Il se compose de deux parties indissociables :

- **les conditions générales**, qui définissent les obligations des parties ainsi que les modalités d'application des garanties proposées.
- **le(s) contrat(s) d'adhésion ou les conditions particulières** qui comportent notamment :
 - le caractère obligatoire ou facultatif de l'affiliation des salariés,
 - le caractère obligatoire ou facultatif de la couverture des ayants-droit,
 - la nature du contrat : complémentaire (contrat socle) ou surcomplémentaire,
 - le caractère responsable ou non-responsable du contrat
 - la date d'effet du contrat,
 - la définition de la *catégorie assurée*,
 - les garanties, la nature et le montant des prestations,
 - les cotisations correspondantes aux garanties souscrites.

La souscription au contrat socle collectif facultatif nécessite l'expression d'un consentement exprès, distincte de l'expression du consentement à la souscription du contrat socle collectif obligatoire du souscripteur à l'organisme assureur. Les deux contrats se réalisent au moyen de contrats d'adhésion différents.

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

Il ouvre droit à des garanties d'assistance. La notice d'information de l'assisteur est jointe au contrat.

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

1.2. Principe de solidarité

1.2.1. Mise en œuvre du principe de solidarité

L'*Organisme assureur* assure que la couverture mise en place met en œuvre des mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale, notamment celles définies à l'article 1.2.2 des présentes conditions générales. En tout état de cause, au moins 1% de la cotisation de la couverture Frais de Santé est affectée au financement de ces mesures.

L'*Organisme assureur* rappelle que les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale ci-après ne sauraient être un droit acquis à une prestation. Le bénéfice des mesures instituées en application du présent article est conditionné à l'éligibilité de la demande constituée par le salarié le cas échéant, auprès de l'*organisme assureur*.

1.2.2. Dispositifs de prévention et d'action sociale

Les mesures collectives ou individuelles de prévention et d'action sociale mettant en œuvre le principe de solidarité comprennent notamment :

- une action collective de prévention sur les troubles musculo squelettiques visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des *assurés* ;
- une action collective de prévention sur les risques auditifs, le stress ou plus globalement les risques d'accident du travail ou maladie professionnelle dans les professions agricoles ;
- une action collective de prévention, pour les participants seniors et les nouveaux retraités, traitant de la transition vie professionnelle / retraite, du vieillissement et de leur santé (par le biais notamment de sujets relatifs à la nutrition, le sommeil ou la maladie d'Alzheimer) ;
- un dispositif d'aide financière octroyée aux salariés actifs ou retraités de la production agricole notamment en cas d'handicap, de chômage, de perte d'autonomie, de problème de santé ou de veuvage ;
- un dispositif d'aide financière permettant de favoriser la mobilité des apprentis lors de leur formation en entreprise ou sur l'exploitation agricole en prenant en charge, via une prime de 150 à 500 €, une partie des coûts de leurs déplacements ou leur hébergement ;
- le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

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

1.3.1. Date d'effet, durée

Le contrat prend effet à la date indiquée au(x) contrat(s) d'adhésion ou aux conditions particulières sous réserve qu'il soit régularisé et retourné signé à l'*organisme assureur*.

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

1.3.2. Renouvellement

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

1.3.3. Résiliation

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

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

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

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

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

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

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Le contrat prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles des articles 5.3. « Défaut de paiement » et 1.5. « Révision du contrat ».

En cas de changement d'activité plaçant le souscripteur en dehors du champ d'application de l'accord, l'entreprise devra notifier ce changement à l'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception qui aura valeur de demande de résiliation.

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

1.4. Obligations d'informations du souscripteur

1.4.1. Obligations générales

Le souscripteur doit :

- adresser à l'organisme assureur un exemplaire du contrat dûment signé,
- s'acquitter de la cotisation,
- s'engager à remettre à chacun de ces salariés la notice d'information.

1.4.2. Obligations déclaratives

Important

Le souscripteur s'engage à utiliser la fiche de paramétrage DSN transmise par l'organisme assureur et à corriger les anomalies de la DSN relevées dans le Compte Rendu Métier (CRM) mis à sa disposition.



Les éléments suivants doivent être fournis par les flux mensuels DSN.

A défaut, sur demande de l'organisme assureur, le souscripteur fournit les informations comme indiqué ci-après.

A la souscription du contrat

Le souscripteur doit adresser à l'organisme assureur dans un délai maximum de trente jours après la date d'effet du contrat :

- la liste nominative du personnel assurable avec indication pour chaque intéressé de ses nom, prénom, date et lieu de naissance, de sa situation de famille.
La liste précitée doit impérativement indiquer si :
 - le contrat de travail est suspendu, avec indication de la date d'effet de la suspension et du motif,,
 - l'assuré bénéficié des cas de dispenses d'affiliation prévues par l'accord frais de santé en application de l'avenant n°4 du 15 septembre 2015,
 - l'assuré bénéficie du dispositif « cumul emploi-retraite »,
 - les anciens salariés bénéficient d'un maintien de leurs droits à un contrat collectif au titre de la portabilité.
- les éventuels formulaires individuels d'affiliation doivent être régularisés par la totalité des personnes répondant à la définition des personnes assurables à la date d'effet du contrat.

En cours de contrat

A savoir

Le souscripteur doit déclarer les mouvements de ses effectifs entrants et sortant dans la catégorie assurée et signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des assurés.

Les éléments ci-dessous mentionnés doivent être fournis par les flux mensuels DSN.

À défaut de déclaration par les flux DSN, le souscripteur doit dans un délai de trente jours après la date de l'événement :

- transmettre à l'organisme assureur, à la fin de chaque exercice civil et au plus tard au 31 janvier suivant, la liste nominative du personnel assuré précisant : leurs nom, prénom, date et lieu de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée(CDI,CDD y compris saisonniers) et de sortie dans l'exercice ,
- informer de la suspension des contrats de travail des salariés éligibles au maintien des garanties,
- informer de la rupture des contrats de travail et du motif de celle-ci pour les salariés éligibles au maintien des garanties prévues « En cas de cessation du contrat de travail (portabilité) »,



- informer du décès de ses salariés,
- s'assurer que les éventuels formulaires individuels d'affiliation soient régularisés par la totalité des nouvelles personnes répondant à la définition des personnes assurables,
- signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des assurés.

Si les éléments d'affiliation ne sont pas transmis à l'*organisme assureur* dans le délai de trente jours après la date de l'événement ou s'ils sont incomplets, l'affiliation ne prend effet qu'après l'accord exprès de l'*organisme assureur* et à compter de la date prévue dans celui-ci.

Le souscripteur doit informer immédiatement l'*organisme assureur* afin de maintenir, d'adapter ou de résilier le contrat en cas de circonstances nouvelles, dans les conditions prévues à l'article 1.5.3. « Modification du périmètre ».

1.4.3. Obligations liées à la territorialité

L'activité de l'entreprise souscriptrice est réputée s'exercer sur l'ensemble du territoire français, y compris dans les départements et régions d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer(DROM-COM).

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

- sur le territoire français
- ou hors de ce territoire :
 - lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois 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 ».

1.4.4. Information des assurés

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

Conformément aux dispositions légales :

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

1.5. Révision du contrat

Le contrat peut être modifié dans les conditions ci-dessous. Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant ou d'une lettre avenant adressé(e) au souscripteur par l'organisme assureur.

A savoir

Le souscripteur peut toujours refuser la proposition en respectant les « Modalités de révision » visées au paragraphe 1.5.4.



1.5.1. Évolutions législatives ou réglementaires

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

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

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

1.5.2. Evolution des résultats du contrat

Si les résultats du contrat le nécessitent, l'*organisme assureur* propose un aménagement des garanties et/ou une révision des cotisations.

L'*organisme assureur* adresse une lettre recommandée avec avis de réception au *souscripteur* avant le 31 octobre. Les nouvelles conditions sont applicables au 1er janvier de l'année suivante.

En cas de désaccord, le *souscripteur* doit en aviser l'*organisme assureur* au plus tard le 30 novembre de l'année en cours. Ce refus entraîne la résiliation au 31 décembre de la même année.

A défaut de désaccord exprimé au 30 novembre, le *souscripteur* est réputé avoir accepté la révision des cotisations.

1.5.3. Modification du périmètre

Le *souscripteur* s'engage à informer l'*organisme assureur* de toutes modifications relatives au périmètre démographique des salariés et anciens salariés ayant servi à l'appréciation du risque par l'*organisme assureur*.

L'*organisme assureur* pourra, en fonction de ce nouveau périmètre, procéder à la révision des cotisations ou à la modification des prestations proportionnellement à ce qu'aurait dû être le montant des cotisations par rapport au nouveau périmètre.

La modification sera notifiée au *souscripteur*, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard deux mois avant la prise d'effet dudit changement. En cas de désaccord, le *souscripteur* doit en aviser l'*organisme assureur* un mois avant la prise d'effet. Le contrat est alors résilié au dernier jour précédent la prise d'effet de la modification.

A défaut de désaccord exprimé, le *souscripteur* est réputé avoir accepté ladite modification.

1.5.4. Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, le *souscripteur* peut toujours refuser la proposition de l'*organisme assureur* dans les trente jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 1.3. « Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat »**. Le contrat est alors résilié dans les dix jours suivants.

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

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer.

Titre 2. Dispositions relatives à 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 facultative, et sous réserve qu'elles aient été déclarées à l'*organisme assureur* » sont affiliés au contrat :

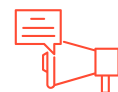
- les ayants droit des assurés affiliés au contrat socle collectif obligatoire ou
- la totalité des salariés du *souscripteur*, appartenant à la *catégorie assurée* définie au contrat(s) d'adhésion ou aux conditions particulières dans le cadre du maintien facultatif des garanties.

Cas particuliers :

Les assurés peuvent continuer à bénéficier des garanties lorsque leur contrat de travail est suspendu, sans maintien de rémunération notamment pour :

- congé sans soldé,
- congé sabbatique,
- congé parental d'éducation à plein temps,
- congé de présence parentale,
- congé pour création d'entreprise,
- congé de solidarité internationale,
- congé de solidarité familiale,
- congé de formation ,
- congé d'enseignement ou de recherche.

Ce maintien de garanties s'effectue dans les conditions et modalités de financement spécifiées à l'article 4.1.2.2 « Suspension du contrat de travail non rémunéré dont le maintien des garanties n'est pas prévu par la réglementation ou la législation ».



Remarque

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

2.1.2. Formalités d'affiliation

Important

Dans certains cas, les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN (la déclaration des ayants droit etc...)

Sur demande de l'organisme assureur, les personnes assurables doivent alors transmettre les formulaires d'affiliation suivantes :

- si nécessaire, transmettre les formulaires individuels d'affiliation signés,
- déclarer ses éventuels ayants droit à couvrir à titre facultatif.

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



Dans le cadre du *contrat socle à adhésion facultative*, les salariés peuvent demander l'affiliation et déclarer leurs ayants droit à couvrir uniquement dans les trois mois qui suivent la date :

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

2.2. Prise d'effet de l'affiliation

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

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

Dans le cadre du contrat socle collectif à adhésion facultative, l'affiliation des personnes assurables que l'assuré souhaite faire bénéficier du contrat prend effet au plus tôt à la même date que le contrat. En tout état de cause l'affiliation au contrat socle collectif facultatif ne peut être antérieure à la date d'effet du contrat socle à adhésion obligatoire.

L'affiliation prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception du formulaire individuel d'affiliation par l'*organisme assureur*.

2.3. Cessation de l'affiliation

Important



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

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

Dans le cadre du contrat à adhésion facultative, l'assuré peut dénoncer son affiliation et par conséquent celle de l'ensemble de ses ayants droit selon les mêmes modalités que celles prévues en cas de résiliation du contrat à l'article 1.3. « Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat » :

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

Titre 3. Dispositions relatives aux garanties

Les garanties souscrites et les montants des prestations figurent au(x) contrat(s) d'adhésion ou aux conditions particulières.

3.1. Objet des garanties

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

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

Le contrat peut prévoir le remboursement des actes non remboursés par la *Sécurité sociale ou la MSA* s'ils sont indiqués au tableau des garanties.

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

3.2. Prise d'effet et cessation des garanties

3.2.1. Prise d'effet des garanties

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

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

- à la même date que les garanties de l'assuré,
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit,
- à la date à laquelle ils cessent de bénéficier d'une dispense d'affiliation si la couverture des ayants droit est à titre obligatoire,
- à défaut, à la date de l'accord de l'organisme assureur.

3.2.2. Cessation des garanties

Les *ayants droit* ne bénéficient plus des garanties :

- à la date à laquelle l'assuré n'appartient plus à la catégorie de personnel garantie ;
- en cas de cessation du contrat de travail de l'assuré, à l'expiration du mois au cours duquel prend fin ce dernier, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 4.2 des présentes conditions générales ;
- à la date d'effet de la liquidation de la retraite du régime de base de l'assuré ;
- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée, sous réserve que la demande de radiation parvienne à l'organisme assureur au plus tard le 31 octobre ; en cas de non-paiement des cotisations dans les 10 jours de leur échéance, après envoi par l'organisme assureur d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception et, le cas échéant, mise en œuvre d'une procédure de recouvrement desdites cotisations non suivie d'effet.
- à la date de résiliation du contrat socle collectif obligatoire ;
- à la date de décès de l'assuré ;
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions d'ayant droit,
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 5.3. « Défaut de paiement »,
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat socle collectif facultatif.

Les ayants droit, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier de la garantie au titre des présentes conditions générales. Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de deux années civiles entre la résiliation et la nouvelle adhésion.

3.3. Les prestations

Le montant des prestations mentionné au tableau des garanties, est exprimé remboursement de la *Sécurité sociale* ou de la MSA inclus .

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

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

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

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

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

- survenir dans l'une des situations définies à l'article 1.4.3. « Obligations liées à la territorialité »,
- avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la *Sécurité sociale ou la MSA*,
- avoir été engagés en cas d'urgence, de manière inopinée et non programmée.

Les remboursements de ces soins suivent les règles suivantes :

- ils sont établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la *Sécurité sociale ou la MSA*,
- ils sont effectués en euros, dans la limite des garanties du contrat.
- Les soins médicaux pratiqués à l'étranger sont remboursés comme ceux des médecins non-signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- Les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires sont plafonnées à hauteur du prix pratiqué en France pour des actes et des soins équivalents.
-

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

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

3.3.3. Limitation du remboursement des chambres particulières :

Sont prises en charge, dans la limite d'un forfait annuel précisé 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 détaillant les services fournis par l'établissement hospitalier,

Les chambres particulières en ambulatoire sont remboursées **dans la limite de 40 % de la prise en charge du tarif de la chambre en hospitalisation complète et dans la limite de 40 euros.**

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.

3.3.4. Encadrement de la pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale :

La pharmacie non remboursée concerne :

- les produits pharmaceutiques réglementés ;
- les APSI (Allergènes préparés spécialement pour un individu) réglementés ;
- les compléments alimentaires dont la TVA est à 5,5 %.

Par conséquent, ne sont pas couverts par cette garantie les produits dont la TVA est de 20% (produits dits "de confort").

3.3.5. Encadrement de l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale :

Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état.

Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.

3.4. Règlement des prestations

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

3.4.1. Via NOEMIE

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

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

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

Les pièces complémentaires nécessaires au remboursement à adresser à l'*organisme assureur* sont listées au Titre 7 « Pièces justificatives ».

3.4.2. Hors NOEMIE

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

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

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

Recouvrement des prestations

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

3.4.3. Cumul d'organismes assureurs

A savoir

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 du contrat socle,
- de ceux de la *Sécurité sociale* ou de la *MSA*,
- 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.

A savoir

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



3.4.4. Tiers payant

La mise en œuvre du tiers payant

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

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

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

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

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

- l'application par le professionnel de santé, de tarifs analysés comme excessifs par rapport aux prix les plus fréquents constatés sur le marché (supérieurs à 80% des prix constatés) pour l'équipement délivré.

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

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

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

3.4.5. Contrôle médical

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

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

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

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

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

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

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

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

Titre 4. Maintien des garanties

4.1. En cas de suspension du contrat de travail

4.1.1. Suspension du contrat de travail rémunéré

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre du contrat socle collectif obligatoire est maintenu pour les ayants droit des assurés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période et au titre de laquelle, ils sont :

- *bénéficiaires* d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement (activité partielle, reclassement, mobilité...) versé par le *souscripteur* ou pour son compte par l'*intermédiaire d'un tiers*,

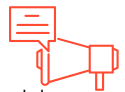
ou

- en arrêt de travail et indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que le *souscripteur* finance au moins pour partie.

sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence.

A savoir

Si la suspension est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement, et la cotisation est calculée sur le salaire et/ou le complément de salaire versé par le souscripteur.



Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien.

4.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunéré

Les garanties mises en place dans le cadre du contrat socle collectif obligatoire sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail de l'*assuré* non rémunérée. L'*assuré* peut, pendant la période de suspension, demander à l'organisme assureur, à titre individuel et facultatif, à continuer à faire bénéficier ses ayants droit de la garantie complémentaire santé, sous réserve du paiement par ce dernier de l'intégralité de leur cotisation.

Le souscripteur doit informer l'organisme assureur de la suspension du contrat de travail et de la durée de celle-ci au moins trente jours avant sa date d'effet.

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

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

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

Le salarié doit effectuer sa demande de maintien de garanties via le formulaire mis à sa disposition sur son Espace Client. Les justificatifs de prolongation de droits à la portabilité seront à transmettre chaque mois selon les mêmes modalités.

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

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

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

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

Le maintien des garanties cesse à la date de la :

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

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

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

4.3. En cas de procédure collective, y compris en cas de liquidation judiciaire (portabilité)

Si le représentant légal de l'entreprise souscriptrice ou le cas échéant le *souscripteur* demande le maintien de la portabilité pour les salariés licenciés, l'*organisme assureur* pourra demander le paiement d'une cotisation exceptionnelle permettant le maintien des garanties.

Cette cotisation exceptionnelle est déterminée, notamment, en fonction du taux de cotisation des anciens salariés couverts au titre de la portabilité et de la durée prévisionnelle de maintien au titre de la portabilité.

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

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

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

OU

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

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

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

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

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

- de la rupture du contrat de travail d'un salarié, pouvant prétendre au maintien individuel des garanties,

OU

- du décès d'un salarié dont les ayants droit peuvent prétendre au maintien.

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

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

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

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

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

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

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

Le maintien des garanties aux anciens salariés est viager.

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

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

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

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

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

Le tarif applicable tiendra compte de ces éléments.

Titre 5. Cotisations

5.1. Montant et structures des cotisations

5.1.1. Assiette et montant

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle, telle qu'exprimée au(x) contrat(s) d'adhésion ou aux conditions particulières.

La cotisation est exprimée en euros.

La cotisation est à la charge exclusive de l'assuré.

5.1.2. Structures des cotisations

En fonction du choix de l'assuré et de sa situation familiale les cotisations sont structurés conformément au tableau ci-après :

Structures des cotisations	Les personnes assurées	Les cotisations à payer
Adulte / Enfant	Adulte (<i>Conjoint, concubin ou ascendant</i>)	1 cotisation pour l'assuré
	Enfant gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant	2 cotisations pour l'assuré + (N) × cotisation enfant*

5.2. Modalités de paiement

Les cotisations sont recouvrées auprès de l'assuré sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur le formulaire individuel d'affiliation.

Elles sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

5.3. Défaut de paiement des cotisations par l'assuré

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion des *ayants droit* pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure par *l'organisme assureur*. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

La résiliation de l'adhésion individuelle des *ayants droit* par *l'organisme assureur* ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.

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

Titre 6. Références légales

6.1. Fausse déclaration

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

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire et facultative :

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

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

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative :

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

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

6.2. Déchéance

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

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

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

6.3. Prescription

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

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où 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*, de l'*assuré* ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par le *souscripteur*, l'*assuré* ou le bénéficiaire.

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

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

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

6.4. Subrogation

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

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

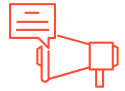
6.5. Réclamation - Médiation

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le *souscripteur*, l'*assuré* peut contacter son conseiller ou contact habituel.

A savoir

La réclamation peut également être adressée comme suit :

- pour le *souscripteur* : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance – 78288 Guyancourt Cedex,
- pour les assurés et les *bénéficiaires* : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance- 78288 Guyancourt Cedex,
- ou sur l'espace assuré.



Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée, ou lorsque l'organisme assureur ou gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le *souscripteur* et/ou l'*assuré* peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

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

6.6. Juridiction compétente

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées au contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

6.7. Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'*organisme assureur* s'engage envers le *souscripteur* à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

6.8. Protection des données à caractère personnel

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

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

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

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'*assuré* et des *bénéficiaires* sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'*assuré* et les *bénéficiaires* ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'*assuré* et des *bénéficiaires* ;

- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'assuré et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires.

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

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

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

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

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

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

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

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

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

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

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

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

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

6.9. Autorité de contrôle

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

Titre 7. Pièces justificatives

7.1. Pièces nécessaires à l'affiliation

Quelle que soit la nature du contrat obligatoire ou facultative :

Type de bénéficiaire	Pièces à fournir
Assuré	Un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement des prestations (NB. un seul RIB par famille).
Ensemble des bénéficiaires	La photocopie de l'attestation carte vitale délivrée par la <i>Sécurité sociale</i> .
Partenaire de PACS ou concubin	Une déclaration sur l'honneur signée de l' <i>assuré</i> et de son concubin OU de son partenaire de PACS.
Pour les enfants à charge qui ne figurent pas sur l'attestation de carte vitale de l'assuré :	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 : du certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année), du contrat d'apprentissage ou d'alternance, d'une attestation d'inscription à Pôle emploi, de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion, de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé.

Dans le cas du contrat collectif à adhésion facultative, lorsque la cotisation est réglée directement par l'*assuré* :

Type de bénéficiaire	Pièce à fournir
Assuré	Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations.

7.2. Pièces nécessaires au paiement des prestations

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

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

A noter

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



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

• Pour la liquidation de certains actes complexes :

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

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

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

Domaine de prise en charge	Justificatifs à fournir
Traitement par Noémie	
Hospitalisation	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	Facture acquittée et détaillée mentionnant l'ensemble des dépenses y compris les frais de transport et d'hébergement
Optique	Devis détaillé et accepté par l'assuré Facture détaillée et acquittée Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'opticien. Le cas échéant, prescription médicale initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ou l'orthoptiste. Le cas échéant bilan visuel réalisé préalablement au renouvellement de la prescription par un médecin ophtalmologiste.
Dentaire	Devis détaillé et accepté par l'assuré Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Aide auditive	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	Photocopie du livret de famille ou acte de naissance
Adoption si la garantie est souscrite	La copie du jugement d'adoption plénière

Traitement hors Noémie	Justificatifs à fournir
Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	Décompte original de la <i>Sécurité sociale</i> complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.
Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale	Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état (1) dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI ou RPPS.(3)
Automédication et pharmacie non remboursée par la sécurité sociale (sans prescription médicale)	Facture nominative, détaillée, acquittée, du professionnel de santé diplômé d'État dans sa spécialité et précisant le nom du produit.
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale (2)	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 sage-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire.

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

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

Partie 2. Conditions générales spécifiques aux contrats collectifs santé responsables

Ces dispositions complètent la partie 1 des conditions générales communes aux contrats collectifs santé.

Titre 1. Nature du contrat

Le contrat souscrit est « solidaire et responsable ».

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

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

En conséquence, le contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

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

Le contrat peut prévoir 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.

Le contrat socle collectif à adhésion obligatoire, il prend en charge en plus des prestations prévues au contrat responsable, les remboursements suivants :

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

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

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

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

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

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

Titre 2. Précisions sur l'application du 100 % santé

Si le contrat comporte des garanties optique, dentaire ou aide auditive, les définitions suivantes s'appliquent :

2.1. Optique



Généralités

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

Deux classes d'équipement optique sont proposées :

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

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés ainsi :

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

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait unique (verres et monture)**, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à l'équipement du bénéficiaire, 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 ne sont pas remboursés sauf condition d'appairage. Il s'agit de verres sans correction (dioptrie égale à 0).

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

VERRES SIMPLES

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

VERRES COMPLEXES

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

VERRES 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

Les délais de renouvellement

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

2.2. Dentaire



Trois paniers de soins prothétiques sont définis ci-dessous :

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

2.3. Aide auditive



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

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

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

Partie 3. Services

Titre 1. Devis conseil

Afin de réduire le reste à charge des *bénéficiaires*, l'*organisme assureur* propose un service d'analyse des devis établis préalablement 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* estime 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.

Titre 2. 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 et ostéopathes constituant un réseau pouvant permettre aux *bénéficiaires* de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses y sont engagées. En outre, les bénéficiaires ont accès à un comparateur hospitalier (Comparhospit) qui leur permet de facilement comparer et choisir l'hôpital qui répond le mieux à leur besoin. Ils accèdent également aux établissements hospitaliers recommandés par MH pour leur performance et la qualité de leur prise en charge dans certaines spécialités chirurgicales programmées.

La liste des professionnels de santé appartenant aux réseaux de l'*organisme assureur* ainsi que Comparhospit 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 et de leur établissement hospitalier.

Titre 3. Tableau de bord santé

Un service innovant

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

Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis, 21 rue Laffitte, 75009 Paris

