

Convention Collective Nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles

**Contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire
Notice d'Information Frais de santé n°12874**

Assurés par MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE

Édition janvier 2021

Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), _____

certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de prévoyance auquel il a adhéré auprès de Malakoff Humanis Prévoyance en application de la convention collective de notre profession.

À _____ le _____

SOMMAIRE

FONDS DE SOLIDARITE	3
MODALITÉS D’AFFILIATION	3
<i>Conditions d’affiliation</i>	3
BÉNÉFICIAIRES	3
<i>Les bénéficiaires</i>	4
<i>Affiliation et modification de vos bénéficiaires</i>	4
<i>Cessation de l’affiliation des bénéficiaires</i>	5
GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	6
CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	6
GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	6
<i>Objet et conditions des garanties</i>	6
<i>Soins engagés hors de France</i>	10
RISQUES EXCLUS	10
MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	10
<i>Paiement des cotisations</i>	10
<i>Services de Tiers Payant</i>	10
<i>Assistance</i>	10
<i>La prise en charge hospitalière</i>	10
<i>Demandes de Remboursement</i>	11
<i>Justificatifs et contrôle</i>	11
<i>Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement :</i>	12
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	13
ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN	13
<i>Prise d’effet des garanties</i>	13
<i>Conditions de suspension des garanties</i>	13
<i>Maintien des garanties santé au titre de la « Portabilité des droits »</i>	14
<i>Maintien de garanties Santé au titre de l’article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989</i>	15
COTISATIONS	15
<i>Paiement des cotisations</i>	15
EFFET DE LA RÉSILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT	16
RECOURS - PRESCRIPTION	16
<i>Recours subrogatoire</i>	16
<i>Prescription</i>	16
DISPOSITIONS DIVERSES	17
<i>Protection des données à caractère personnel</i>	17
RECLAMATIONS – MEDIATION	18
CONTRÔLE DE L’INSTITUTION	18
POUR MIEUX SE COMPRENDRE	19
L’ACCOMPAGNEMENT SOCIAL EST A VOS COTES	20
CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYÉS D’IMMEUBLES	21

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la Convention Collective nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles (dénommée ci-après "la Convention collective") ont signé un accord paritaire national en date du 6 décembre 2013 et des avenants modificatifs, instaurant un régime de Frais de Santé obligatoire au profit du personnel de la branche dénommé ci-après « l'Accord ».

L'employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de la Convention Collective nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles, a adhéré au contrat d'assurance collective du régime ci-après dénommé « contrat » de frais de santé par Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 691 181, dont le siège social est à Paris (75009) 21 rue Laffitte, ci-après dénommée « l'Institution ».

La notice d'information présente les garanties du régime Frais de Santé ainsi que les éléments permettant au salarié de mieux comprendre leurs modalités d'application.

Pour tout renseignement complémentaire, le salarié peut s'adresser à sa Direction des ressources humaines ou directement à son centre de gestion.

FONDS DE SOLIDARITE

Outre la mise en place d'une couverture collective et obligatoire « frais de santé », la Convention collective institue un fonds de solidarité dédié aux entreprises adhérant à l'Institution permettant la mise en place d'un dispositif d'accompagnement social et d'assistance psychologique à caractère confidentiel et en faveur des salariés rencontrant des difficultés personnelles de nature à affecter leur situation professionnelle. Ce fonds de solidarité prévoit également des actions de solidarité et de prévention complémentaire à ce dispositif.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé à 0.034 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Cette cotisation est incluse dans la cotisation servant au financement du contrat d'assurance collective obligatoire du régime frais de santé.

MODALITÉS D'AFFILIATION

Conditions d'affiliation

L'Adhérent s'engage à affilier l'ensemble de ses salariés, quelle que soit leur ancienneté, sous contrat de travail à la date d'effet du contrat d'adhésion, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation mentionnés à l'article 8 de l'accord de prévoyance conventionnel.

Pour la présente notice d'information, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».

Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque Participant renseigne et signe la Déclaration d'Affiliation établie par l'Institution sur support papier ou dématérialisé, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par l'Adhérent par la DSN.

Il y précise notamment son état civil et, le cas échéant, celui de ses ayants droit.

BÉNÉFICIAIRES

Le conjoint et les enfants à charge du Participant tels que définis ci-dessous, peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque Participant.

Les bénéficiaires

DEFINITION DU CONJOINT

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du Participant marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- le partenaire lié au Participant par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs),
- le concubin du Participant vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE

Sont réputés à charge du Participant, les enfants reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le Participant ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit d'enfants du Participant que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - o s'ils poursuivent leurs études,
 - o ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi,
 - o ou sont sous contrat d'apprentissage,
 - o ou s'ils se livrent à une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au Revenu de Solidarité Active mensuel ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18^{ème} anniversaire ;
- nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du Participant, si ce dernier est le parent légitime.

Affiliation et modification de vos bénéficiaires

Le conjoint et les enfants à charge du Participant tels que définis ci-dessus, peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque Participant.

Le Participant doit déclarer à l'Adhérent et à l'Institution les ayants-droit dont il entend assurer la couverture.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation du Participant. Toutefois, postérieurement à celle-ci, le Participant peut affilier ou modifier les bénéficiaires :

- à la date de l'évènement en cas de modification de la situation familiale ;
- chaque 1^{er} janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution au plus tard le 30 novembre de l'année précédente.

En tout état de cause, le Participant est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de ses ayants-droit à l'Institution et de s'acquitter des cotisations afférentes.

JUSTIFICATIFS A FOURNIR

Le Participant doit joindre avec la Déclaration d'Affiliation, selon sa situation :

- la copie du livret de famille ;
- la copie du certificat de mariage ;
- l'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité ;
- l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins ainsi que tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...) et la photocopie du dernier avis d'imposition ;
- pour les enfants à charge selon leur situation :
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie du dernier bulletin de salaire,
 - la copie de la carte d'invalidité ou de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité ».

Outre ces justificatifs, la Déclaration d'Affiliation doit être accompagnée de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de Sécurité Sociale obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.

L'Institution se réserve le droit de demander au Participant toutes autres pièces justificatives.

Le Participant s'engage à informer l'Institution de toute modification de sa situation ou celle de l'un de ses ayants-droit ne permettant plus à ce dernier d'avoir la qualité de bénéficiaire.

Cessation de l'affiliation des bénéficiaires

L'affiliation des bénéficiaires prend fin en cas de cessation de l'affiliation du Participant.

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les bénéficiaires ne remplissent plus les conditions posées à la qualité de bénéficiaire ;
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les bénéficiaires justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire ; sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le Participant demande la résiliation du bénéficiaire. Cette demande doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

La demande peut également être formalisée par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi.

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Le contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « Contrat Solidaire » et de « Contrat Responsable ».

Le contrat respecte les conditions posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux textes d'application de celui-ci.

À ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, **l'Institution ne rembourse pas :**

- **Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le Bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un Bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.**
- **Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale).**
- **Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**
- **La majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire et les ayants-droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du Code de la santé public (accès au dossier Médical Personnel).**
- **Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque les Bénéficiaires consultent sans prescription du médecin traitant.**
- **Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

Le contrat satisfait aux dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Le contrat est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « Contrat Responsable » ou au « Contrat Solidaire ».

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Les garanties, adaptées au cahier des charges du contrat responsable, figurent au sein de la présente notice d'information.

Objet et conditions des garanties

Les garanties Frais de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les Participants, en complément des remboursements de la Sécurité Sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés ci-après et des frais non pris en charge dans le cadre du « contrat solidaire et responsable ».

Si le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin est affilié à un régime de base de Sécurité sociale différent du régime général (régimes spéciaux ou régime agricole), les remboursements Sécurité sociale seront rétablis sur la base des taux du régime général de la Sécurité sociale s'ils sont supérieurs.

Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'Institution dans les conditions fixées aux tableaux des garanties figurant au sein de la présente notice d'information.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Certaines garanties font l'objet d'une prise en charge différenciée selon que les médecins adhèrent ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. En adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention OPTAM / OPTAM-CO.

Donnent lieu à remboursement les frais suivants, selon les modalités prévues aux tableaux des garanties figurant au sein de la présente notice d'information.

HOSPITALISATION :

- **Hospitalisation chirurgicale :**
 - frais chirurgicaux proprement dits.
- **Hospitalisation médicale :**
 - pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence **au 1^{er} jour d'hospitalisation.**

Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :

- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques).
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux des praticiens et auxiliaires médicaux signataires ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO), paramédicaux et actes de laboratoire.
- Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie, limité à 90 jours par an et par bénéficiaire**).
- Forfait hospitalier prévu à l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendants (EHPAD).
- Lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de **moins de 12 ans** bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie, limité à 90 jours par an et par bénéficiaire**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- Forfait pour acte lourd.

SOINS DE VILLE :

- **Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),**
- **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,**
- **Frais d'analyse et de laboratoire,**
- **Actes de spécialité et petite chirurgie réalisés par un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),**
- **Radiologie et Ostéodensitométrie réalisées par un médecin ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).**

PHARMACIE :

- **Frais pharmaceutiques remboursés en tout ou partie par la Sécurité Sociale.**
- **Traitement anti-tabac remboursé par la Sécurité sociale.**
- **Vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale sur prescription médicale.**

TRANSPORT :

- **Frais de transport (ambulance, taxi conventionné hors SMUR (service médical d'urgence régional)) pris en charge par la Sécurité sociale.**

DENTAIRE :

- **Soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale.**
- **A compter du 1^{er} janvier 2020** pour une partie **des actes du panier « 100 % santé »** puis au **1^{er} janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires**, trois paniers de soins prothétiques sont définis :
 - **un panier « 100 % santé »** (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019 paru au Journal Officiel du 30 mai 2019) remboursés à frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
 - **un panier aux tarifs maîtrisés / modérés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et des garanties prévues dans le tableau des garanties,
 - **un panier aux tarifs libres** permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.
- **Inlays core pris en charge par la Sécurité Sociale.**
- **Inlay onlay pris en charge par la Sécurité sociale.**
- **Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale.**
- **Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale.**
- **Implantologie** : implant, pilier implantaire.

MÉDECINE ALTERNATIVE : Peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens mentionnés au tableau des garanties figurant au sein de la présente notice d'information.

Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrits au registre préfectoral et exerçant en France.

OPTIQUE :

- **Prise en charge d'un équipement d'optique médicale (2 verres et 1 monture).**
Deux classes d'équipement optique sont définies :
 - **L'équipement optique de « classe A »** sans reste à charge pour le Participant : cet équipement est remboursé à frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du 100 % santé,
 - **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans la limite des garanties mentionnées dans le tableau des garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

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

La prise en charge s'effectue dans la limite des forfaits dédiés à chaque composante de l'équipement (verres ou monture). Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage.

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

Les périodicités de renouvellement sont définies comme suit :

- pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, les équipements d'optique sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans suivant la dernière facturation, par bénéficiaire ;
- pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale d'un an suivant la dernière facturation d'un équipement ;
- par exception, pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois suivant la dernière facturation d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

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

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

- pour les enfants de moins de 16 ans, en cas d'évolution de la vue objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale ;
- sans distinction d'âge, en cas d'évolution de la réfraction constatée par une prescription médicale ophtalmologique et liée à une des situations médicales particulières listées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.

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

Constitue une évolution de la vue :

- la variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres,
 - la variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin,
 - la somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin,
 - la variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie,
 - la variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries,
 - la variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) supérieur à 4,00 dioptries.
- **Lentilles cornéennes prises en charge par la Sécurité Sociale,**
 - **Lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale** (y compris lentilles jetables),
 - **Traitements chirurgicaux des troubles visuels** (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie).

AIDE AUDITIVE :

Jusqu'au 31 décembre 2020, prise en charge des aides auditives dans les conditions définies dans le tableau des garanties.

À compter du 1^{er} janvier 2021, deux classes d'équipement auditif sont définies :

- L'équipement auditif de « classe I » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé ;
- L'équipement auditif de « classe II » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1700 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 accessoires.

En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

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

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

APPAREILLAGES :

- **Orthopédie et prothèses médicales prises en charge par la Sécurité sociale,**

ALLOCATIONS FORFAITAIRES :

- **Forfait nouvel enfant naissance ou adoption plénière :** On entend par Forfait nouvel enfant naissance ou adoption plénière, une prime destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents à la naissance d'un enfant du Participant déclaré à l'état civil (que le Participant soit le père ou la mère) ou l'ensemble des frais afférents à l'adoption plénière d'un enfant par le Participant lui-même.
- **Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale :** Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement), acceptés par la Sécurité Sociale.

PRÉVENTION :

L'Institution prend en charge les actes de prévention suivants :

- un détartrage annuel complet sus et sous gingival des dents, effectué en 2 séances maximum,
- le dépistage de l'hépatite B,
- Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans,
- examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 et 59 ans.

L'Institution prend également en charge :

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les première et deuxième molaires permanentes des enfants avant leur 14^{ème} anniversaire, à raison d'une fois par dent.
- un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan.
- le dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec tympanométrie),
- l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance Maladie (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans).
- Les vaccins suivants : diphtérie, tétanos et poliomyélite (à tous âges) ; coqueluche (avant 14 ans) ; hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans), Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées et désirant un enfant, haemophilusinfluenzar B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix huit mois.

Soins engagés hors de France

L'Institution garantit les dépenses de soins ou interventions engagées à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

SEJOURS TEMPORAIRES A L'ETRANGER, SALARIES DETACHES, RESIDENTS A L'ETRANGER

L'Institution intervient dès lors que les Participants bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité Sociale française ou par le régime de Sécurité Sociale du pays d'accueil.

Dans les deux cas elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité Sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat.

Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.

JUSTIFICATIFS

L'Institution peut prendre en charge les soins à l'étranger sous réserve de recevoir les factures détaillées et acquittées des soins, éventuellement traduites, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

RISQUES EXCLUS

Ne donnent pas lieu aux garanties définies dans la présente notice d'information les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.

En aucun cas, l'Institution ne prendra en charge les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité Sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.

Ne sont pas pris en charge par l'Institution, 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 notre part, 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).

Le fait que l'Institution ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

En aucun cas ces exclusions ne peuvent faire obstacle aux obligations minimales de prise en charge prévues pour les « contrats responsables »

MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Paiement des cotisations

Pour que le Participant puisse bénéficier des prestations, l'Adhérent ou le Participant lui-même doivent avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'ils pourraient devoir au titre du contrat.

Services de Tiers Payant

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, l'Institution met à la disposition du Participant et ses bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers-payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Le Participant et ses bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le Participant et ses bénéficiaires qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par l'Institution.

Assistance

Des garanties d'assistance et de téléconsultation, assurées auprès d'AUXIA Assistance*, s'appliquent au titre du contrat. Elles sont détaillées au sein des Conditions Générales valant notice d'information, dénommées "ASSISTANCE SANTE A DOMICILE" référencées "Convention n° 753734", téléchargeable à l'adresse suivante :

<http://univers.malakoffhumanis.com/assistance-teleconsultation.html>.

* AUXIA Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros, RCS de Paris 351 733 761 - siège social au 21, rue Laffitte, 75009 Paris.

La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de l'hospitalisation d'un bénéficiaire en établissement conventionné avec la Sécurité Sociale, le Participant en informe l'Institution qui lui délivrera une attestation de prise en charge.

Cette attestation de prise en charge dispensera le bénéficiaire de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du contrat et en tout état de cause **dans la limite de 300 % de la Base de Remboursement** pour les honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire, à l'exception des frais personnels.

Si l'hospitalisation n'a donné lieu à aucune prise en charge par l'Institution, le bénéficiaire règle son séjour hospitalier à l'établissement.

Demandes de Remboursement

- **Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'Institution dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de Sécurité sociale ou de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale. À défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée dans la présente notice.**
- Les bénéficiaires et l'Adhérent sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.
L'Institution se réserve le droit de demander au Participant toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse, l'Institution n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

- Il appartient aux bénéficiaires d'informer l'Institution de toute modification de ses coordonnées bancaires, **notamment en cas de modification de la situation familiale (instance de divorce, procédure en cours de rupture du PACS ou de séparation des concubins, succession).**

Justificatifs et contrôle

- Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil – Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers payant.
- Le service médical de l'Institution peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du Participant ou de son ayant droit affilié qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

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

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par l'Institution ou par le bénéficiaire lui-même en cas de fraude avérée.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'Institution se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du bénéficiaire et de s'assurer du respect effectif des dispositions de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

L'Institution peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après le paiement des prestations, y compris après résiliation du contrat.

- Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux.
L'Institution se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli, etc.)
- En cas de refus de se soumettre au contrôle médical ou à défaut de fournir les justificatifs demandés, les actes ne donnent pas lieu à prise en charge.

Les justificatifs à fournir par le Participant pour ses demandes de remboursement :

	Bénéficiaire NOEMIE
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Soins de ville (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,...)	Aucun document
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale	Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit
Médecine alternative	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique - Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Facture détaillée et acquittée des frais d'optique. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent et : - soit une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant les nouvelles corrections. Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré
Prothèses dentaires – Orthodontie - Prises en charge ou non prises en charge par la Sécurité Sociale	Imprimé type de l'Institution et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité Sociale. *
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour
	Non Bénéficiaire Noémie
Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale	Décompte original de la Sécurité Sociale Justificatifs ci-dessus

* Le Participant peut transmettre à l'Institution, pour avis préalable sur le montant de sa prestation, un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes.

Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité Sociale : facture originale acquittée.
En cas de tiers payant avec la Sécurité Sociale mais sans tiers payant avec l'Institution : Facture acquittée du Ticket Modérateur.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

Prise d'effet des garanties

Les garanties du contrat souscrit par l'employeur prennent effet :

- immédiatement à compter de la date d'effet du contrat d'adhésion, pour les Participants présents à cette date quelle que soit leur ancienneté, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues par l'Accord,
- au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les salariés ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

Les garanties étendues aux membres de sa famille prennent effet :

- au plus tôt, à la même date d'affiliation que le Participant, lorsque ce dernier a exprimé son choix d'étendre les garanties à sa famille,
- à la date de l'évènement dans le cas d'une affiliation suite à un changement de situation familiale,
- et dans les autres cas, au 1^{er} janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

Conditions de suspension des garanties

• SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL REMUNEREES OU INDEMNISEES

Le bénéfice des garanties du contrat est maintenu au Participant dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
- soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'Adhérent, qu'elles soient versées directement par l'Adhérent ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

• SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON REMUNEREES OU NON INDEMNISEES

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée inférieure à un mois, l'affiliation au contrat et par conséquent les garanties correspondantes sont maintenues au Participant, moyennant le paiement des cotisations.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties du contrat sont suspendues.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration faite par l'Adhérent.

Toutefois, ce dernier a la possibilité de demander le maintien des garanties du contrat pendant la suspension de son contrat de travail dans le cadre d'un contrat collectif facultatif.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du Participant des cotisations

Le Participant est tenu :

- de remplir et d'envoyer à l'Institution un Bulletin Individuel d'Affiliation
- de fournir à l'Institution les informations nécessaires au paiement des cotisations permettant le maintien des garanties (coordonnées bancaires, autorisation de prélèvement...);
- de payer les cotisations afférentes au maintien des garanties.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le Participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle du Participant pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. 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 par l'Institution 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 définies ci-dessus.

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

CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS

Sous réserve de l'application du Maintien de garanties Santé au titre de la « portabilité des droits », l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'adhésion de l'employeur,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des Participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l'Adhérent, devant cependant être affiliés à nouveau dès la reprise de leur activité,
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat.

Le Participant qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre à l'Adhérent sa carte de tiers payant. L'Adhérent doit la retourner à l'Institution.

L'Institution récupère auprès du Participant toutes prestations indûment réglées.

La radiation du Participant entraîne, à la même date, la radiation de l'ensemble des membres de sa famille.

MAINTIEN DES GARANTIES SANTÉ

Maintien des garanties santé au titre de la « Portabilité des droits »

CONDITIONS AU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

Sous réserve pour le Participant d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du Participant à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Si l'Adhérent n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'Institution le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment complété et signé pour permettre le maintien de la couverture.

Il incombe à l'Adhérent d'informer le Participant du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

L'Institution n'est tenue du maintien des garanties qu'autant que :

- conformément au 5° de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, le Participant satisfait aux obligations déclaratives rappelées ci-après,
- conformément au 6° de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, l'Adhérent a informé l'Institution de la rupture du contrat de travail du Participant.

EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

L'affiliation du Participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

En tout état de cause, l'affiliation du Participant cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès).
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après.
- en cas de résiliation du contrat d'adhésion de l'entreprise, quelle qu'en soit la cause.

OBLIGATIONS DECLARATIVES

Conformément au 5° de l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale, le Participant souhaitant bénéficier du maintien des garanties doit fournir à l'Institution :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations Chômage.

GARANTIES

Le participant conserve les garanties dont il bénéficiait effectivement lors de la cessation de son contrat de travail. Le maintien de garanties est accordé aux ayants droit, tels que définis au contrat lorsqu'ils en bénéficiaient au jour de la cessation du contrat de travail du Participant.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au Participant.

L'Adhérent s'engage à informer le Participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addendum modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par l'Institution.

FINANCEMENT

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien de garanties sont couverts **sans paiement de cotisations** après la cessation de leur contrat de travail.

Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties Frais de santé peuvent être maintenue par la souscription d'un contrat individuel proposé sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes, moyennant le paiement de cotisations spécifiques :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une prestation d'incapacité ou d'invalidité ou d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou le cas échéant dans les six mois qui suivent le terme du maintien de couverture au titre de la portabilité,
- les personnes garanties du chef du Participant décédé sous réserve que la demande en soit faite dans les six mois suivant le décès. Dans ce dernier cas, le maintien des garanties est effectif pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

L'Institution adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien des garanties à titre temporaire, et aux personnes garanties du chef du Participant décédé, dans un délai de deux mois à compter du décès, l'Adhérent devant en informer préalablement l'Institution.

Les prestations proposées seront identiques à celles prévues par le contrat.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

COTISATIONS

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le Participant et de la communication à l'Institution des justificatifs visés dans la présente notice.

Le montant de la cotisation est prévu pour chaque personne couverte.

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié.

Paiement des cotisations

Régime obligatoire :

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

La répartition du coût des cotisations entre l'Adhérent et les Participants est fixée par la Convention collective.

Toutefois, l'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

L'Institution se réserve le droit d'informer directement les Participants de la défaillance de l'Adhérent.

Extension facultative des membres de la famille du Participant :

Les cotisations sont exprimées en fonction du plafond annuel de la Sécurité Sociale.

Les cotisations concernant l'extension des garanties aux membres de la famille du Participant sont recouvrées auprès du Participant selon la périodicité indiquée sur la déclaration d'affiliation. Ces cotisations, y compris les taxes présentes et futures et contributions éventuelles, sont payables par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement.

À défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'extension des garanties aux membres de sa famille pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. 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'extension des garanties aux membres de la famille par l'Institution 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 mentionnées ci-dessous.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Adhérent se voit appliquer des majorations de retard fixées à 3 fois le taux d'intérêt légal et courant à compter de l'échéance.

La couverture de l'extension facultative non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement

EFFET DE LA RÉSILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat d'adhésion de l'Adhérent met fin aux garanties.

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'Institution après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité Sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article « Demandes de Remboursement » de la présente notice d'information.

RECOURS - PRESCRIPTION

Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants-droit donnent de plein droit subrogation à l'Institution dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. L'Institution se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce en application des dispositions de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants-droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'Institution n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants-droit.

Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par 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'Institution en a eu connaissance,**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.**

Lorsque l'action de l'Adhérent ou des bénéficiaires contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou les bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

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.**

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- **de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation**
- **et de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par le Participant, le Bénéficiaire, ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la Prestation.**

Le recommandé électronique avec accusé de réception peut également être envoyé au même titre que la lettre recommandée avec accusé de réception en vue d'interrompre la prescription.

La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi du recommandé électronique fait foi de la date d'envoi.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

DISPOSITIONS DIVERSES

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 »), Le Participant 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 du Participant 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 du Participant 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 le Participant 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 du Participant et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition au Participant 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 du Participant et des bénéficiaires.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du Participant 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 ») du Participant 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 du Participant 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 du Participant 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 du Participant 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 du participant et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du Participant 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 du Participant 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 du Participant 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. Le Participant 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. Le Participant 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, le PARTICIPANT 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.

Le PARTICIPANT et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

RECLAMATIONS – MEDIATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, l'Adhèrent, le Participant et/ou les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller ou contact habituel.

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

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

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l' Adhèrent, le Participant et/ou les bénéficiaires 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'Institution et sans préjudice du droit d'agir en justice.

CONTRÔLE DE L'INSTITUTION

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 Place de Budapest, CS 92549, 75436 PARIS CEDEX 9.

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

Actes Hors Nomenclature : actes non reconnus par la Sécurité Sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) : assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

Contrat Responsable : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes réglementaires d'application.

Contrat Solidaire : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

Déclaration Sociale Nominative dite "DSN" : vise à remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou évènementielles adressées par les employeurs entrant dans son périmètre d'application, à des administrations et des organismes de protection sociale. La DSN repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'évènements.

Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR) : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité Sociale.

Nomenclature : cette notion désigne aussi bien la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), que la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et que la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

OPTAM / OPTAM-CO : Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique). Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.

Plafond de la Sécurité Sociale : Plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité Sociale et prévu aux articles L. 241-3 et D. 242-17 du Code de la Sécurité Sociale et modifié chaque année par arrêté.

Sécurité Sociale : Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

Tarif forfaitaire de responsabilité : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Ticket Modérateur : Part des frais de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire en application de l'article L. 160-13 I du Code de la Sécurité Sociale.

L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL EST A VOS COTES

Parce que personne n'est à l'abri de moments difficiles dans la vie, chez Malakoff Humanis, des femmes et des hommes se mobilisent, au quotidien, pour vous écouter et vous orienter vers des solutions concrètes lorsque vous et votre famille en avez le plus besoin.

Nos aides sont susceptibles d'évoluer chaque année et sont attribuées sous condition de ressources et en complément des dispositifs publics.

Handicap : des dispositifs sur mesure pour vivre le handicap autrement et améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap et de leur entourage.

- **Aidants** : des solutions concrètes pour ceux qui prennent soin au quotidien d'un proche malade, âgé ou en situation de handicap.
- **Cancer** : un accompagnement personnalisé pour faciliter le retour à l'emploi dans les meilleures conditions possibles.
- **Bien-vieillir** : des réponses aux questions qui se bousculent à l'approche de la retraite et des solutions pour préparer ce changement sereinement.
- **Fragilités sociales** : des services qui protègent les salariés et leur famille, pour les petits soucis comme pour les plus gros, pour les belles nouvelles ou les étapes de vie à franchir.

Les équipes Malakoff Humanis sont présentes en délégations régionales pour vous assurer une réponse de proximité.

N'hésitez pas à les contacter pour en savoir plus sur nos aides et leurs conditions d'attribution.

Une plaquette spécifique, détaillant l'ensemble des solutions proposées par l'accompagnement social, est mise à la disposition des salariés.



Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

* Hors métropole : 09 74 75 39 96 (service gratuit + prix d'un appel local)

Par internet : Connectez-vous à votre Espace Client sur malakoffhumanis.com

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYÉS D'IMMEUBLES CCN011100/CCN011101

GARANTIES

NATURE DES ACTES INDEMNISÉS		REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais engagés sous déduction de la Sécurité sociale (sauf indication contraire)
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie) Hors chirurgie esthétique	
	Frais de Séjour (conventionnés)	100%FR dans la limite de 230%BR
	Frais de Séjour (non conventionnés)	80%FR dans la limite de 230%BR avec un minimum de 100%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés) (1)	100%FR dans la limite de 230%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (non conventionnés) (1)	80%FR dans la limite de 230%BR avec un minimum de 100%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés) (1)	100%FR dans la limite de 200%BR
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (non conventionnés) (1)	80%FR dans la limite de 200%BR avec un minimum de 100%BR
	Forfait journalier hospitalier	100 % FR sans limitation de durée
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire
	Chambre particulière (2)	2%PMSS/ jour
	Lit d'accompagnant (moins de 12 ans) (2)	1%PMSS/ jour
	Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale: ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (8)	100%BR
	Forfait nouvel enfant naissance ou adoption plénière (doublé en cas de naissance gémellaire)	20%PMSS

DENTAIRE	SOINS DENTAIRES	
	Soins et prothèses dentaires 100% Santé (**)	sans reste à payer (6)
	Soins dentaires	170%BR
	Inlay/onlay remboursé par la Sécurité Sociale (3)	170%BR
	ORTHODONTIE	
	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (3)	300%BR
	PROTHÈSES DENTAIRES	
	Prothèses dentaires, autre que 100% Santé, à tarifs libres ou maîtrisés, remboursées par la Sécurité sociale (3)	370%BR
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	270€/acte dans la limite de 3 par an par bénéficiaire
	Inlay core remboursé par la Sécurité sociale (3)	250%BR
Implantologie	implant: 12%PMSS pilier implantaire: 8%PMSS dans la limite de 60%PMSS/an/bénéficiaire	
OPTIQUE - PROTHÈSE (4)	ÉQUIPEMENT VERRES - MONTURE (5)	Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans La prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 €
	Equipements optique 100% Santé (**): lunettes (monture + 2 verres) de classe A	sans reste à payer (7)
	Lunettes (monture + 2 verres) de classe B	Les forfaits des équipements optique sont exprimés y compris les remboursements de la Sécurité Sociale
	Monture de lunettes	Selon la grille optique
	Verres	
	Lentille prescrite remboursée par la Sécurité sociale	6%PMSS/an/bénéficiaire avec un minimum de 100%BR
	Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	7%PMSS/an/bénéficiaire
	AUTRES GARANTIES OPTIQUE	
	Chirurgie optique réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	15%PMSS/œil/an/bénéficiaire
	AUTRES PROTHÈSES	
	Orthopédie et prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale	160%BR
	Jusqu'au 31/12/2020:	
	Aides auditives	160%BR
	Accessoires et fournitures	160%BR
	A compter du 01/01/2021: renouvellement par appareil tous les 4 ans	
	Équipement auditif 100% Santé (**): aides auditives de classe I	sans reste à payer (7)
	Équipement autre que 100% Santé (classe II): limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité(***)	122%BR	
Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	160%BR	
Accessoires et fournitures	160%BR	

SOINS DE VILLE	CONSULTATIONS - FRAIS MÉDICAUX	
	Consultations/visites/consultations en ligne de généralistes dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	200%BR
	Consultations/visites/consultations en ligne de généralistes hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	180%BR
	Consultations/visites/consultations en ligne de spécialistes dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	220%BR
	Consultations/visites/consultations en ligne de spécialistes hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	200%BR
	Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	220%BR
	Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	200%BR
	Imagerie médicale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (1)	190%BR
	Imagerie médicale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionnés et non conventionnés) (1)	170%BR
	Auxiliaires médicaux remboursés par la Sécurité sociale (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	160%BR
	Analyses - actes de biologie	160%BR
	Médecine additionnelle non remboursée par la Sécurité sociale : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur (5)	30€/séance dans la limite de 4 séances/an/bénéficiaire
	PHARMACIE	
	Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100%BR ou TFR
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	5%PMSS/an/bénéficiaire	
Traitement anti-tabac remboursé par la SS	100€/an/bénéficiaire	
CURE THERMALE		
Cure thermale en France remboursée par la Sécurité sociale. Forfait global annuel : honoraires, traitement thermal, hébergement et transport	10%PMSS/an/bénéficiaire	
PRÉVENTION	ACTES DE PRÉVENTION	
	Assistance	incluse
	Détartrage complet sus et sous gingival des dents	170%BR dans la limite de 2 séances par an par bénéficiaire
	Dépistage de l'hépatite B	160%BR
	Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	30€ maximum
	Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 ans et 59 ans	50€/an/bénéficiaire

Grille Optique (équipements de classe B)	Adultes		Enfants de moins de 16 ans	
	Type de Verre	Forfait par verre	2V + 1M	Forfait par verre
Verres Simple Foyer, Sphérique				
sphère de -6 à +6	115 €	330 €	60 €	210 €
sphère < -6 ou > +6	145 €	390 €	90 €	270 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques				
sphère de -6 à 0 et cylindre ≤ +4	125 €	350 €	70 €	230 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) ≤ +6	125 €	350 €	70 €	230 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) > +6	165 €	430 €	110 €	310 €
sphère < -6 et cylindre ≥ +0,25	165 €	430 €	110 €	310 €
sphère de -6 à 0 et cylindre > +4	165 €	430 €	110 €	310 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques				
sphère de -4 à +4	275 €	650 €	170 €	430 €
sphère < -4 ou > +4	295 €	690 €	190 €	470 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques				
sphère de -8 à 0 et cylindre ≤ +4	325 €	750 €	200 €	490 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) ≤ +8	325 €	750 €	200 €	490 €
sphère de -8 à 0 et cylindre > +4	345 €	790 €	220 €	530 €
sphère > 0 et (sphère+cylindre) > +8	345 €	790 €	220 €	530 €
sphère < -8 et cylindre ≥ +0,25	345 €	790 €	220 €	530 €
Monture	100 €	100 €	90 €	90 €

FRAIS COUVERTS	GLOSSAIRE
<p>Les remboursements indiqués s'entendent en sous déduction de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.</p> <p>Pour les garanties exprimées en forfait les remboursements sont en complément de la Sécurité sociale sauf pour les équipements optique.</p> <p>Les prestations sont exprimées sous déduction du remboursement effectué par le régime de base de la Sécurité sociale, étant précisé qu'elles sont ajustées pour le régime local Alsace Moselle, de sorte que tout assuré bénéficie globalement d'un niveau de couverture strictement identique.</p> <p>Les pénalités financières appliquées par la Sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement complémentaire. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima au TM.</p> <p>La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale.</p>	<p>FR : Montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>SS : Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3428 €)</p> <p>BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>TM : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales</p>

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

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

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

(2) Limitation de la prise en charge à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements spécialisés (psychiatrie).

(3) Pour les contrats complémentaires santé collectifs obligatoires, les garanties couvrent a minima le TM sur les actes concernés, avec en complément une prise en charge minimale de 25 % des dépassements sur les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale. Cette règle s'applique également en cas de dépassement du plafond annuel pour les garanties qui y sont soumises.

(4) OPTIQUE : Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. La période de 1 an n'est pas opposable, pour les verres, aux enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue, ni à tout bénéficiaire quel que soit l'âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale. Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement tous les 6 mois en cas d'adaptation de la monture à la morphologie du visage.

La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1er élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties optique respectent les planchers par équipement imposés par l'article D.911-1 4° du Code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale.

(5) Sur facture détaillée.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies au sein de la présente notice d'information

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis au sein de la présente notice d'information

(8) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.