

## CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ACTIVITES DE MARCHES FINANCIERS

# Frais de santé

NOTICE D'INFORMATION CCN AMAFI N°13168,  
N°13169 ET N°13170

**aux contrats d'assurance collectifs**

« Socle collectif obligatoire »

« Surcomplémentaire obligatoire »

« Surcomplémentaire facultatif »

Ensemble du personnel

Assurés par Malakoff Humanis Prévoyance

# IMPORTANT

Informations à compléter par le souscripteur (l'employeur)  
avant remise de la notice d'information au salarié

## Catégorie assurée

### Ensemble du personnel

## Garanties et niveau(x) de couverture retenu(s)

- « Base conventionnelle » au titre du contrat socle à adhésion obligatoire
- « Renfort » au titre du contrat surcomplémentaire à adhésion obligatoire
- « Renfort + » au titre du contrat surcomplémentaire à adhésion facultative

Si votre employeur a retenu les trois niveaux de couvertures cités ci-avant, vous pouvez demander à bénéficier pour vous et vos éventuels ayants droit du niveau de couverture « Renfort + » à adhésion facultative.

# Sommaire

---

Lexique .....	5
Préambule.....	10
<b>PARTIE 1. DISPOSITIONS INTRODUCTIVES.....</b>	<b>11</b>
1.1. Nature et architecture des contrats.....	11
1.2. Objet du (des) contrat(s).....	11
<b>PARTIE 2. CONTRAT SOCLE OBLIGATOIRE RESPONSABLE.....</b>	<b>12</b>
1.1. Objet du contrat.....	12
1.2. Conditions d'affiliation des <i>assurés</i> .....	12
1.3. <i>Bénéficiaires</i> .....	12
1.4. Entrée en vigueur des garanties du contrat socle collectif obligatoire – Suspension et conditions de maintien .....	14
1.5. Cessation de l'affiliation de l' <i>assuré</i> .....	15
1.6. Maintien des garanties santé du contrat socle collectif obligatoire.....	15
1.7. Assiette et montant des cotisations du contrat socle collectif obligatoire.....	17
1.8. Paiement des cotisations du contrat socle collectif obligatoire.....	17
1.9. Effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat.....	17
<b>PARTIE 3. CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF OBLIGATOIRE RESPONSABLE .....</b>	<b>18</b>
1.1. Objet du contrat.....	18
1.2. Conditions d'affiliation des <i>assurés</i> .....	18
1.3. <i>Bénéficiaires</i> .....	18
1.4. Entrée en vigueur des garanties du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire – Suspension et conditions de maintien .....	19
1.5. Cessation de l'affiliation des <i>assurés</i> .....	19
1.6. Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail.....	20
1.7. Maintien des garanties santé du contrat socle collectif obligatoire.....	21
1.8. Assiette et montant des cotisations du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire.....	21
1.9. Paiement des cotisations du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire .....	22
1.10. Effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat.....	22
<b>PARTIE 4. CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF NON RESPONSABLE .....</b>	<b>23</b>
1.1. Objet du contrat.....	23
1.2. Conditions d'affiliation des <i>assurés</i> .....	23
1.3. <i>Bénéficiaires</i> .....	23
1.4. Entrée en vigueur des garanties .....	24
1.5. Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle de l' <i>assuré</i> .....	24
1.6. Cessation de l'adhésion individuelle de l' <i>assuré</i> .....	24
1.7. Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail.....	25
1.8. Maintien des garanties sante du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.....	26
1.9. Assiette et montant des cotisations.....	26
1.10. Paiement des cotisations.....	27
1.11. Résiliation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif .....	27
<b>PARTIE 5. DISPOSITIONS COMMUNES AUX TROIS CONTRATS .....</b>	<b>28</b>
1.1. Champ d'application .....	28
1.2. Recours - Prescription.....	28
1.3. Fausse déclaration.....	29
1.4. Déchéance.....	29
1.5. Réclamations – Médiation.....	29
1.6. Contrôle de l'Institution.....	29
1.7. Dispositions diverses.....	30
<b>PARTIE 6. DEFINITION DES GARANTIES.....</b>	<b>32</b>
1.1. Champ d'application .....	32
1.2. Contrats socle et surcomplémentaire obligatoires solidaires et responsables .....	32
1.3. Contrat surcomplémentaire facultatif solidaire et non responsable .....	38

1.4. Risques exclus .....	43
1.5. Soins engagés hors de France .....	43
1.6. Modalités de versement des prestations .....	43
1.7. Les justificatifs à fournir par le salarié pour ses demandes de remboursement .....	45

**PARTIE 7. SERVICES .....** 47

Titre 1. Devis conseil.....	47
Titre 2. Réseau de professionnels de santé .....	47
Titre 3. Tableau de bord santé .....	48

# Lexique

---

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

## PRINCIPAUX TERMES UTILISES :

---

**Organisme assureur** **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la *Sécurité sociale*, Siège 21 rue Laffitte 75009 Paris – N° SIREN 775 691 181 ;

Le contrat est régi par le **Code de la *Sécurité sociale***.

Dans la suite du texte, les termes « membre adhérent » et « membre participant » définis à l'article L931-3 du Code de la *Sécurité sociale* seront remplacés respectivement par « *souscripteur* » et « *assuré* » ;

---

**Souscripteur** L'entreprise relevant de Convention Collective Nationale des activités de marchés financiers, signataire du (des) contrats(s) d'adhésion ou des conditions particulières qui a conclu le(s) contrat(s) d'assurance avec l'*organisme assureur* au bénéfice des *assurés* appartenant à la *catégorie assurée*.

---

**Catégorie assurée** L'ensemble des *assurés* du *souscripteur* appartenant à la *catégorie assurée* définie au(x) contrat(s) d'adhésion ou aux conditions particulières, répondant aux conditions d'affiliation prévues à l'article 1.3 des présentes Conditions Générales.

---

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

---

**Ayants droit** **Le conjoint est :**

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

Un seul ayant droit peut être reconnu au titre de la vie de couple.

**Les enfants à charge :**

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

- être âgés de moins de 21 ans,
- bénéficiant d'un régime de *Sécurité sociale* du fait de l'affiliation de l'*assuré* ou de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle,
- être fiscalement à la charge de l'*assuré*, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'*assuré* déduit fiscalement de son revenu global.

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

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

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

- 
- Bénéficiaires**
- L'assuré
  - Les *ayants droit*, sous réserve de la structure de cotisation choisie et décrite 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 ».

---

**Régime Frais de santé** Le *régime frais de santé* tel que mentionné à l'article 22 de la Convention Collective Nationale des Activités de Marchés Financiers et les annexes 2 et 3 de ladite Convention.

---

**Changement de situation familiale** Il faut entendre par « *changement de situation familiale* » tout événement permettant d'attribuer à une personne la qualité d'*ayant droit* de l'*assuré*, ou de mettre un terme à cette qualité. Il peut notamment s'agir d'un mariage, de la conclusion d'un PACS ou de la naissance d'un enfant.

---

**Contrat socle obligatoire** C'est le contrat collectif complémentaire obligatoire responsable qui intervient immédiatement après la *Sécurité sociale* et avant un (des) éventuels *contrat(s) surcomplémentaire(s)*.

**Conditions Générales n°13168/2**

Les dispositions de ce contrat sont conformes à la Convention Collective Nationale des activités de marchés financiers.

---

**Contrat surcomplémentaire obligatoire « Renfort »** C'est le contrat collectif surcomplémentaire obligatoire responsable qui intervient sous déduction du remboursement opéré par la *Sécurité sociale* et le *contrat socle obligatoire*, dans la limite des frais réels. Il permet aux *assurés* et le cas échéant à ses *ayants droit*, d'améliorer les garanties.

**Conditions Générales n°13169/2**

Ce contrat offre un niveau de couverture surcomplémentaire, dénommé « Renfort », à celui du *contrat socle obligatoire*, auquel les membres du personnel doivent adhérer.

---

**Contrat surcomplémentaire facultatif « Renfort + »** C'est le contrat collectif surcomplémentaire facultatif **non responsable** qui intervient sous déduction du remboursement opéré par la *Sécurité sociale*, le *contrat socle obligatoire* et le contrat surcomplémentaire obligatoire, dans la limite des frais réels.

**Conditions Générales n°13170/2**

Il permet aux *assurés* et le cas échéant à ses *ayants droit*, d'améliorer les garanties.

Ce contrat offre un niveau de couverture surcomplémentaire, dénommé « Renfort + », à celui du *contrat socle obligatoire* et du contrat surcomplémentaire obligatoire, auquel les membres du personnel peuvent adhérer.

**Ce contrat « Renfort + » implique la souscription préalable des niveaux de couverture Contrat socle obligatoire et Contrat surcomplémentaire obligatoire « Renfort ».**

## AUTRES TERMES UTILISES

---

<b>Accident</b>	Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré
-----------------	---

---

<b>Actes</b>	Les <i>actes</i> pris en considération sont ceux : <ul style="list-style-type: none"><li>• référencés par la <i>Sécurité sociale</i> aux <i>nomenclatures</i> définissant les <i>actes</i>, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement.</li><li>• non référencés par la <i>Sécurité sociale</i> aux <i>nomenclatures</i> mais expressément prévus au tableau des garanties 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.</li></ul>
--------------	---

---

<b>Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)</b>	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 <a href="http://ameli.fr">ameli.fr</a> .
--	---

---

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

---

<b>Dispositifs mon psy</b>	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 ». <p>Depuis le 5 avril 2022, votre contrat rembourse le <i>ticket modérateur</i> des séances effectuées dans le cadre de ce dispositif.</p>
----------------------------	---

---

<b>Déclaration sociale nominative (DSN)</b>	La <i>DSN</i> 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 <i>assurés</i> aux organismes et administrations concernées.
---	--

---

<b>Forfait journalier hospitalier</b>	Le <i>forfait journalier hospitalier</i> est pris en charge pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L.174-4 du Code de 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 de la sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...)
---------------------------------------	--

---

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

---

<b>Franchise</b>	La <i>franchise</i> est une somme déduite par la <i>Sécurité sociale</i> de ses remboursements sur les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence. <p><b>La franchise n'est pas remboursée par l'organisme assureur.</b></p>
------------------	--

---

<b>Maladie</b>	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
----------------	--

---

<b>Maternité</b>	État de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance <i>maternité</i> .
------------------	---

---

<b>Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)</b>	Ce montant est calculé ainsi : [Base de remboursement (BR)] x [Taux de remboursement appliqué par la <i>Sécurité sociale</i> ].
---	--

---

**Nomenclature** Codification des *actes* et des médicaments donnant lieu à remboursement de la *Sécurité sociale*.

---

**Parcours de soins** Obligation pour tout *assuré* de plus de 16 ans de passer par son médecin traitant avant toute consultation d'un médecin spécialiste à l'exception des cas suivants sauf :

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

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

---

**Participations forfaitaires** 1. *Participation forfaitaire* 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.**

2. *Participation forfaitaire* « actes lourds »

*Ticket modérateur* forfaitaire applique sur les *actes* supérieurs au montant fixe 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** Plafond de la *Sécurité sociale* est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1<sup>er</sup> janvier. Il est utilisé pour :

- le calcul du montant des cotisations,
- certaines prestations exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle.

Son évolution est consultable sur [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr)

---

**Portabilité** Dispositif qui permet le maintien des garanties frais de santé aux anciens salariés demandeurs d'emploi et *bénéficiaires* de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la *Sécurité sociale* pendant une certaine durée.

---

**Prestations en nature** Remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les *bénéficiaires*.

---

**Procédures collectives** Procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L621-1 et suivants, L631-1 et suivants, L641-1 et suivants du Code de commerce et consultables sur le site [www.legifrance.fr](http://www.legifrance.fr)

---

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

- du *ticket modérateur* (sur les soins et prestations remboursés par la Sécurité sociale) ;
  - de l'éventuelle *franchise* ou participation forfaitaire ;
  - des éventuels dépassements d'honoraires ou tarifaires ;
  - de l'éventuel *forfait journalier hospitalier* ;
-



- des frais liés aux soins et prestations non prises en charge par la Sécurité sociale.

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

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

**Sinistre** La survenance des soins.

---

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

---

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

Le *ticket modérateur* est égal à la différence entre la base de remboursement de la *Sécurité sociale* (BR) et le montant rembourse (MR) par celle-ci.

---

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

Ce « glossaire » est consultable sur :  
<https://unocam.fr/glossary/>

# Préambule

---

**Votre entreprise relève de la Convention Collective Nationale des activités de marchés financiers.**

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré un régime conventionnel frais de santé, au bénéfice de l'ensemble du personnel des entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale des activités de marchés financiers.

L'employeur, ci-après dénommé « le *souscripteur* » relevant de la Convention Collective Nationale des activités de marchés financiers, adhère au(x) contrat(s) frais de santé mis en œuvre par Malakoff Humanis Prévoyance.

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

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

# Partie 1. Dispositions introductives

## 1.1. Nature et architecture des contrats.

Selon les modalités choisies par le *souscripteur* et rappelées à la deuxième page des présentes Conditions Générales de la Notice d'information, le contrat souscrit est :

- Soit un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire (*Contrat socle obligatoire* ou *Contrat surcomplémentaire obligatoire « Renfort »*),
- Soit un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative (*Contrat surcomplémentaire facultatif « Renfort + »*)

La nature du contrat peut être :

- Soit complémentaire (*contrat socle obligatoire*),
- Soit surcomplémentaire (*Contrat surcomplémentaire obligatoire « Renfort »* ou *Contrat surcomplémentaire facultatif « Renfort + »*).

Les *ayants droit* définis au Lexique bénéficient des garanties des contrats socle et surcomplémentaire obligatoires responsables, à titre obligatoire. Leur affiliation au contrat surcomplémentaire facultatif non responsable est en revanche facultative. En tout état de cause, les *bénéficiaires* du contrat surcomplémentaire facultatif non responsable sont nécessairement les mêmes que ceux effectivement couverts au titre des contrats obligatoires.

**Le contrat socle collectif obligatoire et, s'il est souscrit par le souscripteur, le contrat surcomplémentaire collectif obligatoire « Renfort », et le cas échéant le Contrat surcomplémentaire facultatif « Renfort + » sont des contrats juridiquement distincts dont les souscriptions interviennent par la signature de contrats d'adhésion ou de conditions particulières différent(e)s.**

**La seule souscription du contrat socle collectif obligatoire n'emporte pas l'adhésion au contrat surcomplémentaire obligatoire « Renfort » et au contrat surcomplémentaire facultatif « Renfort + » ; et la résiliation du contrat surcomplémentaire obligatoire « Renfort » et/ou du contrat surcomplémentaire facultatif « Renfort + » n'emporte pas la résiliation du contrat socle obligatoire.**

La réunion, dans un même support (même instrumentum) des garanties de base obligatoires, offertes par le contrat socle collectif obligatoire et des garanties surcomplémentaires, prévues par le contrat surcomplémentaire collectif obligatoire « Renfort » et le contrat surcomplémentaire collectif facultatif « Renfort + », est instituée dans le but de renforcer l'information du *souscripteur* et des *assurés* et afin de faciliter la mise en œuvre d'une couverture globale adaptée aux besoins de chacun. Elle ne traduit nullement la volonté de *l'organisme assureur* de soumettre l'ensemble de ces garanties à un même corps de règles légales et réglementaires, ni même de réunir, dans un même contrat, des garanties de natures différentes.

La souscription, la mise en œuvre et la disparition des *contrat socle obligatoire* et surcomplémentaire obligatoire « Renfort » sont régies par les dispositions des articles L. 932-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ainsi que par les différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux opérations d'assurances régies par ce dernier article.

**Le contrat surcomplémentaire facultatif « Renfort + » constitue le troisième niveau de couverture auquel l'assuré peut adhérer si le souscripteur a préalablement opté pour le deuxième niveau de couverture ; soit le contrat surcomplémentaire obligatoire.**

La souscription, la mise en œuvre et la disparition du contrat surcomplémentaire facultatif « Renfort + » est régie par les dispositions des articles L. 932-14 et suivants du Code de la Sécurité sociale et de l'article 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ainsi que par les différentes dispositions légales ou réglementaires applicables aux opérations d'assurance régies par ce dernier article.

La garantie, qu'elle soit complémentaire ou surcomplémentaire, a pour objet le remboursement des frais de santé.

## 1.2. Objet du (des) contrat(s)

Le (les) contrat(s) a(ont) 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

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

## Partie 2. **Contrat socle obligatoire responsable**

### 1.1. **Objet du contrat**

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale des activités de marchés financiers (dénommée ci-après « la Convention Collective ») ont signé un avenant n°4 en date du 21 juin 2022 modifiant le *régime frais de santé* instauré au profit de l'ensemble du personnel.

Le contrat socle collectif obligatoire a pour objet la souscription des garanties de base obligatoires dans les conditions définies à la présente partie des Conditions Générales.

### 1.2. **Conditions d'affiliation des assurés**

#### 1.2.1. **Affiliation des membres du personnel**

Le *contrat socle* collectif obligatoire entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel appartenant à la *catégorie assurée* du *souscripteur*.

Toutefois, conformément aux cas de dispenses d'affiliation mentionnés à l'article 3.1 de l'avenant en du 21 juin 2022 à la Convention Collective, certains *assurés* ont la faculté de ne pas adhérer aux garanties de base obligatoires, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès du *souscripteur*. A défaut de renonciation écrite exprimée par l'*assuré*, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Les *assurés* ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

- doivent être affiliés au *contrat socle obligatoire* dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir aux conditions posées à la dispense d'affiliation,
- peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au *contrat socle obligatoire* ; l'adhésion prendra effet le 1er jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

#### **Important**



Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel du *souscripteur* renseigne et signe le formulaire d'affiliation sur support papier ou dématérialisé, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par le *souscripteur* par la *DSN*.

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

Pour les couples travaillant dans l'entreprise, l'un des deux membres du couple peut être affilié en propre, l'autre pouvant l'être, dans ce cas, en tant qu'ayant droit.

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

### 1.3. **Bénéficiaires**

#### 1.3.1. **Conditions d'affiliation et de modification des bénéficiaires**

L'*assuré* doit déclarer au *souscripteur* et à l'*organisme assureur* ses *ayants droit* tels que définis au Lexique des présentes Conditions Générales.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation de l'*assuré* dans les conditions définies à l'article 1.2 des présentes Conditions Générales.

Toutefois, postérieurement à celle-ci, l'*assuré* peut affilier ou modifier les *ayants droit*, à l'occasion d'une modification de la situation familiale (notamment naissance, décès...)

L'*assuré* est tenu d'informer le *souscripteur* et l'*organisme assureur* de ces modifications.

En tout état de cause, l'*assuré* est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de ses *ayants* à l'*organisme assureur* et de s'acquitter des cotisations afférentes.

L'affiliation des *ayants droit* prend effet à la date prévue à l'article 1.4 des présentes Conditions Générales.

### Justificatifs à fournir :

L'*assuré* doit joindre avec le formulaire individuel 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 et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture énergétique, bail commun, attestation d'assurance...),

### Pour les enfants à charge selon leur situation :

- pour les enfants de moins de 21 ans non salariés, une attestation sur l'honneur certifiant qu'ils sont à la charge effective et permanente du salarié, du conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS
- le certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année),
- la copie du dernier avis d'imposition de l'*assuré* ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
- la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
- la copie du dernier bulletin de salaire,
- la carte d'invalidité ou mobilité inclusion, de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé.
- l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
- la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'*assuré* social au régime de base obligatoire, en vigueur,

Outre ces justificatifs, le formulaire individuel d'affiliation doit être accompagné 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'*organisme assureur* se réserve le droit de demander à l'*assuré* toutes autres pièces justificatives.

L'*assuré* s'engage à informer l'*organisme assureur* de toute modification de sa situation ou celle de l'un de ses *bénéficiaires* ne permettant plus à ce dernier d'avoir cette qualité.

### 1.3.1. Cessation de l'affiliation des *bénéficiaires*

L'affiliation des *ayants droit* prend fin en cas de cessation de l'affiliation de l'*assuré*.

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les *ayants droit* ne remplissent plus les conditions posées ci-avant,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'*organisme assureur*, pour les *ayants droit* justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires et conventionnelles en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit,

**La demande de résiliation des *ayants droit* peut être faite par 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.

**La cessation de l'affiliation des *ayants droit* au titre du contrat socle obligatoire emporte nécessairement la cessation de l'affiliation des *ayants droit* du contrat surcomplémentaire obligatoire et du contrat surcomplémentaire facultatif.**

## 1.4. Entrée en vigueur des garanties du contrat socle collectif obligatoire – Suspension et conditions de maintien

### 1.4.1. Prise d'effet des garanties

Les garanties du *contrat socle obligatoire* souscrit par l'entreprise prennent effet :

- Immédiatement pour les *assurés* présents à cette date dans les effectifs du *souscripteur*, et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation mentionnés au sein de la convention collective,
- au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les *assurés* 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.

Pour les *ayants droit*, les garanties du *contrat socle obligatoire* prennent effet à la date de leur adhésion soit :

- à la même date d'affiliation que l'*assuré* au *contrat socle obligatoire*,
- à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation,
- à la date à laquelle ils cessent de bénéficier d'une des dispenses d'affiliation prévues à la convention collective,

### 1.4.2. Conditions de suspension des garanties

#### 1.4.2.1. Suspension du contrat de travail rémunérées ou indemnisées

Le bénéfice des garanties du *contrat socle obligatoire* est maintenu à l'*assuré* dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire, ou d'un revenu de remplacement (activité partielle, reclassement, mobilité...) versé par le *souscripteur*,
- soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par le *souscripteur*, qu'elles soient versées directement par le *souscripteur* ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

#### A savoir

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

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien.



#### 1.4.2.2. Suspension du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées

- Dont le maintien des garanties est prévu par la réglementation ou la législation

Les garanties continuent à s'appliquer aux *assurés* dont le contrat de travail est suspendu, s'ils bénéficient d'un maintien de garanties prévu expressément par la réglementation ou la législation en vigueur (par exemple en cas de suspension du contrat de travail pour non-respect de l'obligation vaccinale prévue pour certains salariés par l'article 12 la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021).

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

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien de garanties.

- Dont le maintien des garanties n'est pas prévu par la réglementation ou la législation

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

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée et non visées ci-dessus d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties du *contrat socle obligatoire* 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'*organisme assureur* en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'*organisme assureur* de la déclaration faite par le *souscripteur*.

Toutefois, les *assurés* ont la possibilité de demander le maintien des garanties du *contrat socle* collectif obligatoire, pendant la suspension de leurs contrats de travail.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive de l'*assuré* de cotisations spécifiques.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le formulaire individuel d'affiliation.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'*assuré* peut se voir appliquer des majorations de retard fixées 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 de l'assuré 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'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 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.

## 1.5. Cessation de l'affiliation de l'assuré

Sous réserve de l'application de l'article 1.6 ci-après des présentes Conditions Générales, l'affiliation de l'*assuré* cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du *contrat socle obligatoire* de l'entreprise,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date à laquelle l'*assuré* ne fait plus partie de la *catégorie assurée*,
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des *assurés* reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès du *souscripteur*,
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du *contrat socle obligatoire*.

**La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties du contrat socle obligatoire ainsi que celle des garanties surcomplémentaires du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire et du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.**

L'*assuré* qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre au *souscripteur* sa carte de tiers payant. Le *souscripteur* doit la retourner à l'*organisme assureur*.

L'*organisme assureur* récupère auprès de l'*assuré* toutes prestations indûment réglées.

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

## 1.6. Maintien des garanties santé du contrat socle collectif obligatoire

### 1.6.1. Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »

La loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi est venue étendre à l'ensemble des entreprises et modifier le dispositif de maintien de couverture dit de *portabilité* au profit des anciens salariés.

#### Conditions au maintien de l'affiliation

Sous réserve pour le salarié d'être éligible au dispositif de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, l'affiliation au contrat socle collectif obligatoire et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les *bénéficiaires* sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du salarié 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 le souscripteur n'entre pas dans le périmètre de la *DSN*, il devra retourner à l'*organisme assureur* le formulaire type « Déclaration de *portabilité* » dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. A défaut, l'affiliation du salarié cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe au souscripteur d'informer le salarié du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

### Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du salarié au contrat socle collectif obligatoire 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 arrondi 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 au contrat socle collectif obligatoire du salarié 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 socle collectif obligatoire de l'entreprise.

### Obligations déclaratives

Le salarié s'engage à fournir à *l'organisme assureur* :

- 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 salarié bénéficie des garanties prévues au contrat socle collectif obligatoire au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail. Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux *ayants droit*, tels que définis au contrat.

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

Le souscripteur s'engage à informer le salarié de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat socle collectif obligatoire, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par *l'organisme assureur*.

### Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des *assurés* en activité.

#### **1.6.2. Maintien de garanties santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989**

Dans le cadre du *contrat socle obligatoire*, et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties frais de santé peuvent être maintenues par la souscription d'un contrat individuel proposé sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés *bénéficiaires* de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- les anciens salariés *bénéficiaires* d'une pension de retraite,
- les anciens salariés privés d'emploi, *bénéficiaires* d'un revenu de remplacement,
- les personnes garanties du chef du Participant décédé.

Sous réserve d'être informé par le *souscripteur* de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès de l'*assuré*, *l'organisme assureur* leur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés 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 du maintien des garanties à titre temporaire au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale ou du décès de l'*assuré*.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de *l'organisme assureur* dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant suivant la fin de la *portabilité* des droits ou dans les six mois suivant le décès de l'*assuré*.

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



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

## 1.7. Assiette et montant des cotisations du contrat socle collectif obligatoire

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur.

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

Pour les *assurés* dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance.

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

Les *bénéficiaires* des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par l'*assuré* et de la communication à l'*organisme assureur* des justificatifs visés à l'article 1.3 des présentes Conditions Générales.

La cotisation « *assuré seul / famille* » est différente selon que l'*assuré* est la seule personne couverte ou qu'il affine ses *ayants droit* sous réserve de leur déclaration par l'*assuré* et de la communication à l'*organisme assureur* des justificatifs visés à l'article 1.4 des Conditions générales.

## 1.8. Paiement des cotisations du contrat socle collectif obligatoire

La répartition du coût des cotisations entre le *souscripteur* et les *assurés* est fixée par la Convention collective. Toutefois, le *souscripteur* est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'*organisme assureur*. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'*organisme assureur*, aux différentes échéances prévues.

## 1.9. Effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat

La résiliation ou le non-renouvellement du *contrat socle obligatoire* du *souscripteur* met fin aux garanties du contrat surcomplémentaire obligatoire et du contrat surcomplémentaire facultatif.

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'*organisme assureur* 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 « Risques exclus » des présentes Conditions Générales.

## Partie 3. Contrat surcomplémentaire collectif obligatoire responsable

### 1.1. Objet du contrat

Le choix effectué par le *souscripteur* rappelé en deuxième page des présentes Conditions Générales de la notice d'information, s'impose à l'ensemble des salariés et de ses éventuels ayants droits couverts par le *contrat socle*.

### 1.2. Conditions d'affiliation des *assurés*

#### 1.2.1. Affiliation des membres du personnel

Le contrat surcomplémentaire à adhésion obligatoire entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de chaque membre du personnel appartenant à la *catégorie assurée* du *souscripteur*.

Toutefois, conformément à l'acte juridique prévu à l'article L. 911- 1 du Code de la Sécurité sociale instituant ou modifiant les garanties collectives, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer aux garanties du contrat surcomplémentaire à adhésion obligatoire, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès du *souscripteur*. A défaut de renonciation écrite exprimée par l'*assuré*, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Les *assurés* ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

- doivent être affiliés au contrat surcomplémentaire à adhésion obligatoire dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ou de remplir aux conditions posées à la dispense d'affiliation,
- peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire; l'adhésion prendra effet le 1er jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

#### Important



Lors de l'adhésion de l'employeur ou de son entrée en fonction, chaque membre du personnel du *souscripteur* renseigne et signe le formulaire individuel d'Affiliation sur support papier ou dématérialisé, si les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par le *souscripteur* par la DSN.

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

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

### 1.3. Bénéficiaires

#### 1.3.1. Couverture des *ayants droit*

Lorsque le *souscripteur* a souscrit le contrat surcomplémentaire obligatoire, **les bénéficiaires déclarés par l'assuré au titre de ce contrat doivent être strictement identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle collectif obligatoire.**

En conséquence, la souscription du présent contrat par l'*assuré* emporte de plein droit l'affiliation des *ayants droit* définis au lexique si ceux-ci sont affiliés au contrat socle collectif obligatoire.

#### 1.3.2. Conditions d'affiliation et de modification des *bénéficiaires*

Sont applicables au contrat surcomplémentaire obligatoire, les dispositions de l'article 1.3.1 de la Partie 2 des présentes Conditions Générales.

### 1.3.3. Cessation de l'adhésion des *bénéficiaires*

L'adhésion des *ayants droit* au contrat surcomplémentaire obligatoire prend fin :

- en cas de cessation de l'affiliation de l'*assuré* au *contrat socle obligatoire*,
- en cas de cessation de l'affiliation d de l'*assuré* au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire.

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les *ayants droit* ne remplissent plus les conditions posées ci-avant,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'*organisme assureur*, pour les *ayants droit* 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 ,
- à la date à laquelle les *ayants droit* ne bénéficient plus du contrat socle collectif obligatoire.

**La demande de résiliation des *ayants droit* peut être faite par 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.

## 1.4. Entrée en vigueur des garanties du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire – Suspension et conditions de maintien

### 1.4.1. Prise d'effet des garanties

Les garanties du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire souscrit par l'entreprise prennent effet :

- à la date d'effet du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire pour tous les *assurés* présents à cette date, et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des dispenses d'affiliation mentionnés au sein de l'acte juridique de l'entreprise
- au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation pour les *assurés* 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.

Pour les *ayants droit*, les garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire prennent effet :

- à la même date d'affiliation que l'*assuré* au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire,
- à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation de famille, dès lors qu'ils sont affiliés au contrat collectif socle obligatoire,

## 1.5. Cessation de l'affiliation des *assurés*

Sous réserve de l'application de l'article 1.7 des présentes Conditions Générales, l'affiliation de l'*assuré* cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire de l'entreprise,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date à laquelle l'*assuré* ne fait plus partie de la *catégorie assurée*,
- soit à la date de départ à la retraite, à l'exception des *assurés* reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès du *souscripteur*,
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire.

**La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion obligatoire.**

L'*assuré* qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de son départ, à remettre au *souscripteur* sa carte de tiers payant. Le *souscripteur* doit la retourner à l'*organisme assureur*.

L'*organisme assureur* récupère auprès de l'*assuré* toutes prestations indûment réglées.

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

## 1.6. Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

### 1.6.1. Conditions de suspension des garanties

#### 1.6.1.1. Suspension du contrat de travail rémunérées ou indemnisées

Le bénéfice des garanties du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire est maintenu à l'*assuré* dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire, ou d'un revenu de remplacement (activité partielle, reclassement, mobilité...) versé par le *souscripteur*,
- soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par le *souscripteur*, qu'elles soient versées directement par le *souscripteur* ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

#### A savoir

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

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien.



#### 1.6.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées

- Dont le maintien des garanties est prévu par la réglementation ou la législation

Les garanties continuent à s'appliquer aux *assurés* dont le contrat de travail est suspendu, s'ils bénéficient d'un maintien de garanties prévu expressément par la réglementation ou la législation en vigueur (par exemple en cas de suspension du contrat de travail pour non-respect de l'obligation vaccinale prévue pour certains salariés par l'article 12 la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021).

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

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien de garanties.

- Dont le maintien des garanties n'est pas prévu par la réglementation ou la législation

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

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée et non visées ci-dessus d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties du contrat surcomplémentaire obligatoire 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'*organisme assureur* en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'*organisme assureur* de la déclaration faite par le *souscripteur*.

Toutefois, les *assurés* ont la possibilité de demander le maintien des garanties du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire, pendant la suspension de leurs contrats de travail.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive de l'*assuré* de cotisations spécifiques.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le formulaire individuel d'affiliation.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'*assuré* peut se voir appliquer des majorations de retard fixées 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 de l'assuré 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'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 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.

## 1.7. Maintien des garanties santé du contrat socle collectif obligatoire

### 1.7.1. Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »

Les dispositions de l'article 1.6 de la partie 2 des présentes Conditions Générales sont applicables, dans les mêmes conditions, au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire.

### 1.7.2. Maintien de garanties santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Dans le cadre du contrat surcomplémentaire obligatoire, et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties frais de santé peuvent être maintenues par la souscription d'un contrat individuel proposé sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés *bénéficiaires* de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- les anciens salariés *bénéficiaires* d'une pension de retraite,
- les anciens salariés privés d'emploi, *bénéficiaires* d'un revenu de remplacement,
- les personnes garanties du chef du Participant décédé.

Sous réserve d'être informé par le *souscripteur* de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès du salarié, l'*organisme assureur* leur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés 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 du maintien des garanties à titre temporaire au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale ou du décès du salarié.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'*organisme assureur* dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant suivant la fin de la *portabilité* des droits ou dans les six mois suivant le décès du salarié.

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

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

## 1.8. Assiette et montant des cotisations du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur.

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

Pour les *assurés* dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance.

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

Les *bénéficiaires* des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par l'*assuré* et de la communication à l'*organisme assureur* des justificatifs visés à l'article 1.5.2 des présentes Conditions Générales.

La cotisation « *assuré seul / famille* » est différente selon que l'*assuré* est la seule personne couverte ou qu'il affine ses *ayants droit* sous réserve de leur déclaration par l'*assuré* et de la communication à l'*organisme assureur* des justificatifs visés à l'article 1.3.1 de la Partie 2 des présentes Conditions Générales.

## 1.9. Paiement des cotisations du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire

La répartition du coût des cotisations entre le *souscripteur* et les *assurés* est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise. Toutefois, le *souscripteur* est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de *l'organisme assureur*. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à *l'organisme assureur*, aux différentes échéances prévues.

## 1.10. Effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire du *souscripteur* met fin aux garanties du contrat.

Les demandes de remboursements de soins adressées à *l'organisme assureur* 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 « Risques exclus » des présentes Conditions Générales.

## Partie 4. Contrat surcomplémentaire collectif facultatif non responsable

### 1.1. Objet du contrat

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif facultatif non responsable est juridiquement distincte de la souscription des contrats socle et surcomplémentaire collectifs obligatoires responsables.

**Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif non responsable constitue le troisième niveau de couverture auquel l'assuré peut adhérer si le souscripteur a préalablement opté pour les premiers et deuxièmes niveaux de couverture ; soit le contrat socle collectif obligatoire et le contrat surcomplémentaire collectif obligatoire.**

### 1.2. Conditions d'affiliation des assurés

#### 1.2.1. Adhésion individuelle des personnes

Le contrat permet à chaque membre du personnel qui le souhaite, de bénéficier des garanties prévues au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, moyennant le paiement des cotisations correspondantes.

L'adhésion individuelle ne peut produire ses effets que dans la mesure où chaque *assuré*, renseigne intégralement et signe le Formulaire individuel d'affiliation établi par *l'organisme assureur*, dans lequel il précise notamment son état civil et ses *bénéficiaires*.

*L'organisme assureur* émet un document de confirmation d'adhésion individuelle mentionnant la date de prise d'effet des garanties et les caractéristiques de l'adhésion individuelle. En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur ce document fait foi entre les parties.

Sous réserve du respect des dispositions ci avant, l'adhésion individuelle prend effet :

- à la date à laquelle l'*assuré* bénéficie du contrat socle collectif obligatoire et du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire souscrits par le *souscripteur*, s'il choisit d'adhérer à cette date,
- à défaut, si l'*assuré* choisit d'adhérer à une date postérieure, au 1er jour du mois suivant la réception par *l'organisme assureur* de la demande de l'*assuré*.

### 1.3. Bénéficiaires

#### 1.3.1. Couverture des ayants droit

L'adhésion est facultative pour les *ayants droit*.

Lorsque le *souscripteur* a souscrit le contrat surcomplémentaire collectif facultatif, **les bénéficiaires déclarés par l'assuré au titre de ce contrat doivent être strictement identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au contrat socle obligatoire et au contrat surcomplémentaire obligatoire.**

#### 1.3.2. Conditions d'affiliation et de modification des bénéficiaires

Sont applicables au contrat surcomplémentaire facultatif, les dispositions de l'article 1.3.1 de la Partie 2 des présentes Conditions Générales.

#### 1.3.3. Cessation de l'affiliation des bénéficiaires

L'affiliation des *bénéficiaires* prend fin en cas de cessation de l'affiliation de l'*assuré*.

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les *ayants droit* ne remplissent plus les conditions posées ci-avant,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de *l'organisme assureur*, pour les *ayants droit* 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,

La cessation de l'affiliation des ayants droit au titre du contrat socle collectif obligatoire et/ou du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire emporte nécessairement la cessation de l'affiliation des ayants droit du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

## 1.4. Entrée en vigueur des garanties

Les garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif souscrit par l'entreprise prennent effet à la date de l'adhésion individuelle de l'assuré.

Pour les *ayants droit*, les garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif prennent effet soit :

- à la même date d'adhésion que l'assuré au contrat surcomplémentaire collectif facultatif,
- à défaut, à la date de l'évènement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation de famille dès lors qu'ils sont affiliés au contrat collectif socle obligatoire et au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire,

## 1.5. Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle de l'assuré

L'adhésion individuelle de l'assuré au contrat surcomplémentaire collectif facultatif se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année, sauf dans les cas de cessation visés à l'article 1.8 des présentes Conditions Générales.

## 1.6. Cessation de l'adhésion individuelle de l'assuré

Sous réserve de l'application de l'article 1.9 des présentes Conditions Générales, l'adhésion individuelle de l'assuré au contrat surcomplémentaire collectif facultatif cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat socle collectif obligatoire et/ou au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire de l'entreprise,
- soit à la date de résiliation ou de non-renouvellement du contrat surcomplémentaire collectif facultatif de l'entreprise,
- soit à la date à laquelle l'assuré ne fait plus partie de la *catégorie assurée*,
- soit à la date à laquelle l'assuré ne fait plus partie des effectifs de l'entreprise.

Dans le cadre du *contrat surcomplémentaire* collectif à adhésion facultative, l'assuré peut dénoncer son affiliation (et par conséquent celle de l'ensemble de ses ayants droit) :

- 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.



**La dénonciation par l'assuré de son adhésion individuelle est définitive**, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion individuelle au contrat surcomplémentaire collectif facultatif, sauf dérogation accordée par l'*organisme assureur*.

L'adhésion individuelle de l'*assuré* peut également cesser :

- à la demande de l'*organisme assureur* :
- en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 1.10 des présentes Conditions Générales,
- en cas de non acceptation par l'*assuré* des propositions de révisions des cotisations formulées par l'*organisme assureur*, selon les dispositions prévues à l'article 1.13. L'*organisme assureur* procédera alors, de plein droit, à la résiliation de l'adhésion individuelle de l'*assuré* au dernier jour précédant la date de prise d'effet dudit changement,

**La cessation de l'adhésion individuelle entraîne la fin des garanties du contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative.**

L'*assuré* qui bénéficiait du tiers payant s'engage, lors de la cessation de son adhésion individuelle à remettre au *souscripteur* sa carte de tiers payant. Le *souscripteur* doit la retourner à l'*organisme assureur*.

L'*organisme assureur* récupère auprès de l'*assuré* toutes prestations indûment réglées.

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

## 1.7. Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

### 1.7.1. Conditions de suspension des garanties

#### Suspension du contrat de travail rémunérées ou indemnisées

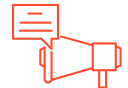
Le bénéfice des garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif est maintenu à l'*assuré* dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, s'il bénéficie :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire, ou d'un revenu de remplacement (activité partielle, reclassement, mobilité...) versé par le *souscripteur*,
- soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par le *souscripteur*, qu'elles soient versées directement par le *souscripteur* ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

#### **A savoir**

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

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien.



#### 1.7.1.1. Suspension du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées

- Dont le maintien des garanties est prévu par la réglementation ou la législation

Les garanties continuent à s'appliquer aux *assurés* dont le contrat de travail est suspendu, s'ils bénéficient d'un maintien de garanties prévu expressément par la réglementation ou la législation en vigueur (par exemple en cas de suspension du contrat de travail pour non-respect de l'obligation vaccinale prévue pour certains salariés par l'article 12 la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021).

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

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien de garanties.

- Dont le maintien des garanties n'est pas prévu par la réglementation ou la législation

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

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée et non visées ci-dessus d'une durée supérieure ou égale à un mois, les garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif 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'*organisme assureur* en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'*organisme assureur* de la déclaration faite par le *souscripteur*.

Toutefois, les *assurés* ont la possibilité de demander le maintien des garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif, pendant la suspension de leurs contrats de travail.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive de l'*assuré* de cotisations spécifiques.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le formulaire individuel d'affiliation.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'*assuré* peut se voir appliquer des majorations de retard fixées 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 de l'assuré 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'organisme assureur ne 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 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.

## 1.8. Maintien des garanties sante du contrat surcomplémentaire collectif facultatif

### 1.8.1. Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »

Les dispositions de l'article 1.6 de la partie 2 des présentes Conditions Générales sont applicables, dans les mêmes conditions, au contrat surcomplémentaire collectif obligatoire.

### 1.8.2. Maintien de garanties santé au titre de l'article 6 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Sous réserve d'en faire la demande à l'*organisme assureur*, les *assurés* peuvent continuer à bénéficier de garanties Frais de santé à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu à l'article 1.10 ci-avant, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

- cessation de l'adhésion individuelle au contrat surcomplémentaire collectif facultatif,
- résiliation ou non-renouvellement du contrat surcomplémentaire collectif facultatif de l'entreprise.

**Il appartient au souscripteur d'informer les assurés du droit établi à leur profit par l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.**

L'*organisme assureur* ne saurait en aucun cas être responsable d'un défaut d'information des *assurés* quant au maintien de garanties.

## 1.9. Assiette et montant des cotisations

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur.

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

Pour les *assurés* dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance.

Pour le calcul de ce prorata, les mois sont comptés pour une durée de 30 jours.

Les *bénéficiaires* des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par l'*assuré* et de la communication à l'*organisme assureur* des justificatifs visés à l'article 1.5.1 des présentes Conditions Générales.

La cotisation « assuré seul / famille » est différente selon que l'assuré est la seule personne couverte ou qu'il affine ses ayants droit sous réserve de leur déclaration par l'assuré et de la communication à l'organisme assureur des justificatifs visés à l'article 1.3.1 de la Partie 2 des présentes Conditions Générales.

## 1.10. Paiement des cotisations

Les cotisations sont recouvrées auprès de l'assuré. Elles sont acquittées par l'assuré.

Ces cotisations, y compris les taxes présentes et futures et contributions éventuelles, sont payables par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement.

Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues aux présentes Conditions Générales, l'assuré n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation

**A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'assuré pourra être exclu du groupe assuré, avec pour conséquence la fin de son affiliation, dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi par l'organisme assureur 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.**

**L'exclusion de l'assuré du groupe assuré par l'organisme assureur ne le 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'assuré peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal, à compter de l'échéance.

L'affiliation 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.

## 1.11. Résiliation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif

### Effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat

La résiliation ou le non-renouvellement du *contrat socle obligatoire* et/ou du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire du *souscripteur* met fin aux garanties du contrat surcomplémentaire collectif facultatif.

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'organisme assureur 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 « Risques exclus » des présentes Conditions Générales.

## Partie 5. Dispositions communes aux trois contrats

### 1.1. Champ d'application

Les dispositions suivantes sont applicables, sauf stipulation contraire, aux relations contractuelles constituées au titre du *contrat socle obligatoire* et à celles constituées au titre des contrats surcomplémentaires obligatoire « Renfort » et facultatif « Renfort + ».

### 1.2. Recours - Prescription

#### 1.2.1. 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'organisme assureur* dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. *L'organisme assureur* 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'organisme assureur* n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses *ayants droit*.

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

Lorsque l'action du souscripteur, de l'assuré, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit contre *l'organisme assureur* 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 le souscripteur, le salarié, le bénéficiaire, ou l'ayant droit, 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.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

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

- de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par *l'organisme assureur* au souscripteur 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 l'*assuré*, 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.

Lorsque le Bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, le délai visé au 1er alinéa ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

### 1.3. 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* aurait eu en sa possession la déclaration exacte et complète.

### 1.4. Déchéance

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

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

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

### 1.5. Réclamations – Médiation

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

#### A savoir

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

- pour le *souscripteur* : [reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com](mailto: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](mailto: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, le *souscripteur*, l'*assuré* 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'*organisme assureur* et sans préjudice du droit d'agir en justice.

### 1.6. Contrôle de l'Institution

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.

## 1.7. Dispositions diverses

### 1.7.1. Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée des contrats 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.

### 1.7.2. 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](mailto: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](mailto: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](http://www.bloctel.gouv.fr).

## Partie 6. **Definition des garanties**

### 1.1. **Champ d'application**

Les dispositions suivantes sont applicables, sauf stipulation contraire, aux relations contractuelles constituées au titre du contrat socle collectif obligatoire et à celles constituées, s'ils ont été souscrits, au titre des contrats surcomplémentaires collectif obligatoire responsable et surcomplémentaire collectif facultatif non responsable.

### 1.2. **Contrats socle et surcomplémentaire obligatoires solidaires et responsables**

Lesdits contrats respectent l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « Contrat Solidaire » et de « Contrat Responsable ».

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

A ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, l'*organisme assureur* 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.

Les **contrats socle et surcomplémentaire obligatoires solidaires et responsables** sont modifiés de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « Contrat Responsable » ou au « Contrat Solidaire ».

Les **garanties des contrats** sont mentionnées au sein du contrat d'adhésion ou des conditions particulières.

#### 1.2.1. **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 *assurés*, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance *maladie* et de l'assurance *maternité*, sous réserve des dispositions de l'article « Risques exclus » et dispositions relatives aux frais non pris en charge mentionnés au présent article 1.2.

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance *maladie* obligatoire, les remboursements complémentaires au titre des contrats sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

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'*organisme assureur* dans les conditions fixées aux tableaux des garanties mentionnées au sein du contrat d'adhésion ou des conditions particulière



Les remboursements ou les indemnités 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'indemnité 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, selon les modalités prévues aux tableaux des garanties, les frais suivants :

## HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

**Hospitalisation chirurgicale :**

- Frais chirurgicaux proprement dits.

**Hospitalisation médicale :**

- Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation.

**Hospitalisation à domicile prise en charge par la Sécurité sociale.**

**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, paramédicaux et actes de laboratoire facturés 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),
- Forfait journalier hospitalier,
- Forfait ambulatoire,
- Forfait patient urgence (FPU),
- Frais de chambre particulière (dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours),

Pour les frais de chambre particulière, la prise en charge est limitée à :

- 365 jours,
- 180 jours en cas de séjour en psychiatrie.

A l'expiration de cette période de 365 jours ou 180 jours, le *bénéficiaire* ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une **interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours continus** et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

- Péridurale,
- Participation forfaitaire pour les *actes* coûteux.

## SOINS DE VILLE EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

- 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.
- Petite chirurgie et *actes* de spécialité 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).
- Imagerie médicale et *actes* cliniques d'imagerie réalisés 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).

- Participation forfaitaire pour les *actes* coûteux.
- PHARMACIE :
- Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale.
- TRANSPORT :
- Frais de transport (ambulance, taxi conventionné hors SMUR (service médical d'urgence régional)) pris en charge par la Sécurité sociale.

## 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.

- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale,
- Parodontologie et orthodontie non remboursées 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

- Implantologie.

## 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.

<b>Bénéficiaires concernés</b>	<b>Bénéficiaires de 16 ans et plus</b>	<b>Bénéficiaires de moins de 16 ans</b>
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
<b>Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue</b>		
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 <b>de verres.</b>
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.

- **Lentilles remboursées par la Sécurité sociale.**
- **Chirurgie réfractive.**

## APPAREILLAGES :

- Orthopédie et autres prothèses.

## AIDES AUDITIVES



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.

## MEDECINES DOUCES :

Par dérogation à l'article « Risques exclus », peuvent être pris en charge les *actes* suivants : étiopathie, Ostéopathie, Homéopathie, Psychomotricité, Chiropractie, Sophrologie, Diététique, Psychologie, Nutrition, Acupuncture, Ergothérapie, Pédicure, Podologie, Micro-kinésie, Méthode Mézières, Réflexologie.

Les *actes* doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrits sur des registres nationaux.

### 1.2.2. Tiers Payant

#### Mise en œuvre du tiers payant pour les contrats socle et surcomplémentaire obligatoires responsables

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.

### **La carte de tiers payant et sa version dématérialisée pour l'ensemble des contrats.**

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

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

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

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

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

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

### 1.3. Contrat surcomplémentaire facultatif solidaire et non responsable

Le contrat surcomplémentaire collectif facultatif satisfait aux conditions du Contrat Solidaire. En revanche il ne satisfait pas aux conditions du contrat responsable posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux textes d'application de celui-ci.

Le souscripteur reconnaît que son attention a été spécialement attirée par *l'organisme assureur* sur les conséquences de la non-conformité du contrat au contrat responsable, dont, notamment le taux majoré de taxe sur les conventions d'assurance.

La souscription du contrat surcomplémentaire collectif facultatif est juridiquement distincte de la souscription du contrat socle collectif obligatoire et du contrat surcomplémentaire collectif obligatoire.

*L'organisme assureur* 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 est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « Contrat Responsable » ou au « Contrat Solidaire ».

Les garanties des contrats sont mentionnées au sein du contrat d'adhésion ou des conditions particulières.

#### 1.3.1. 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 *assurés*, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance *maladie* et de l'assurance *maternité*, sous réserve des dispositions de l'article « Risques exclus » et dispositions relatives aux frais non pris en charge mentionnés au présent article 1.3.

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance *maladie* obligatoire, les remboursements complémentaires au titre des contrats sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

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'organisme assureur* dans les conditions fixées aux tableaux des garanties mentionnées au sein du contrat d'adhésion ou des conditions particulière.

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, selon les modalités prévues aux tableaux des garanties, les frais suivants :**

## **HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :**

**Hospitalisation chirurgicale :**

- Frais chirurgicaux proprement dits.

• **Hospitalisation médicale :**

- Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation.

**Hospitalisation à domicile prise en charge par la Sécurité sociale.**

**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, paramédicaux et actes de laboratoire facturés 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),
- Forfait journalier hospitalier,
- Forfait ambulatoire,
- Forfait patient urgence (FPU),
- Frais de chambre particulière (dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours),

Pour les frais de chambre particulière, la prise en charge est limitée à :

- 365 jours,
- 180 jours en cas de séjour en psychiatrie.

A l'expiration de cette période de 365 jours ou 180 jours, le *bénéficiaire* ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une **interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours continus** et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

- Péridurale,
- Participation forfaitaire pour les *actes* coûteux.

## **SOINS DE VILLE EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :**

- 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.
- Petite chirurgie et *actes* de spécialité 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).
- Imagerie médicale et *actes* cliniques d'imagerie réalisés 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).
- Participation forfaitaire pour les *actes* coûteux.
- **PHARMACIE :**
- Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale.
- **TRANSPORT :**

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

## 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.
- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale,
- Parodontologie et orthodontie non remboursées 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
- Implantologie.

## 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** » : il respecte intégralement les prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% Santé ».
- L'équipement optique de « **classe B** » : il a un tarif est librement fixé par l'opticien.

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** ».

Des limites de remboursement seront appliquées en fonction du contrat.

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 remboursements sont limités à un équipement optique (une monture et deux verres) tous les deux ans par bénéficiaire, sauf dans les cas suivants :

- en cas d'évolution de la vue justifiée :
  - soit sur 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.
- pour les enfants jusqu'à 6 ans : prise en charge d'un équipement tous les 6 mois si la monture n'est plus conforme à leur morphologie.
- pour les enfants de 6 ans à moins de 16 ans : prise en charge d'un équipement tous les ans.

La période entre deux renouvellements d'équipement se calcule à partir 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*.

- Lentilles remboursées par la *Sécurité sociale*.
  - Chirurgie réfractive.

## APPAREILLAGES :

- Orthopédie et autres prothèses.

## AIDES AUDITIVES



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

- L'équipement auditif de « **classe I** » : 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.
- 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 de, 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.

### A savoir

En plus des *actes* spécifiquement exclus au contrat, l'*organisme assureur* ne rembourse pas les minimas de remboursement visés et/ou prévus à l'article D911-1 du Code de la *Sécurité sociale* qui concernent la couverture minimale du contrat à adhésion obligatoire "responsable".



## MEDECINES DOUCES :

Par dérogation à l'article « Risques exclus », peuvent être pris en charge les *actes* suivants : étiopathie, Ostéopathie, Homéopathie, Psychomotricité, Chiropractie, Sophrologie, Diététique, Psychologie, Nutrition, Acupuncture, Ergothérapie, Pédicure, Podologie, Micro-kinésie, Méthode Mézières, Réflexologie.

Les *actes* doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrits sur des registres nationaux.

### 1.3.2. Tiers Payant

#### **La carte de tiers payant et sa version dématérialisée pour l'ensemble des contrats.**

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

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

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

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

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

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

## 1.4. Risques exclus

Ne donnent pas lieu aux garanties définies dans la présente partie 6 des Conditions Générales, les 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'*organisme assureur*, 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'*organisme assureur* 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.

## 1.5. Soins engagés hors de France

L'organisme assureur 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.

### Séjours temporaires à l'étranger, salariés détachés, résidents à l'étranger

L'*organisme assureur* intervient dès lors que les *assurés* 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 assurés expatriés.**

### Justificatifs

L'*organisme assureur* 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.

## 1.6. Modalités de versement des prestations

### 1.6.1. La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de l'hospitalisation d'un *bénéficiaire* en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, l'*assuré* en informe l'*organisme assureur* 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'*organisme assureur*, le *bénéficiaire* règle son séjour hospitalier à l'établissement.

### 1.6.2. Demandes de remboursement

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'*organisme assureur* dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de Sécurité sociale ou de la survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale.

A défaut, le *bénéficiaire* se voit opposer la prescription visée à l'article 1.2.2 des présentes Conditions Générales.

Les *bénéficiaires* et le *souscripteur* sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'*organisme assureur* les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.

L'*organisme assureur* se réserve le droit de demander à l'*assuré* 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'organisme assureur 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'*organisme assureur* 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).

### 1.6.3. Justificatifs et contrôle

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, l'*assuré* 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'*organisme assureur* peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical de l'*assuré* ou de son ayant droit affilié qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

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

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par l'*organisme assureur* 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'*organisme assureur* se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation de l'*assuré* ou de son ayant droit affilié. L'*organisme assureur* 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.

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.

## 1.7. Les justificatifs à fournir par le salarié pour ses demandes de remboursement

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.



Domaine de prise en charge	Justificatifs à fournir
<b>Traitement par Noémie</b>	
<b>Hospitalisation</b>	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés Justificatif de la demande de la chambre particulière par l' <i>assuré</i> et de son montant Le cas échéant, devis accepté par l' <i>assuré</i> avec les dépassements d'honoraires pour les actes médicaux
<b>Hospitalisation à domicile (HAD)</b>	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
<b>Soins de Ville (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante...)</b>	Aucun documents
<b>Optique</b>	Devis détaillé et accepté par l' <i>assuré</i> 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.  En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : - soit nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - soit prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - et prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.
<b>Traitements chirurgicaux des troubles visuels</b>	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.
<b>Dentaire</b>	Devis détaillé et accepté par l' <i>assuré</i> Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés

<b>Prothèses dentaires - Orthodontie</b> <b>Prises en charge par la Sécurité sociale</b>	Imprimé type de l'organisme assureur et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Classification Commune des Actes Médicaux*
<b>Aide auditive</b>	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
<b>Maternité</b>	Photocopie du livret de famille ou acte de naissance
<b>Adoption si la garantie est souscrite</b>	La copie du jugement d'adoption plénière
<b>Implants</b>	Facture détaillée et acquittée
<b>Médecine alternative</b>	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)

<b>Traitement hors Noémie</b>	<b>Justificatifs à fournir</b>
<b>Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale</b>	Décompte original de la <i>Sécurité sociale</i> complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.
<b>Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale (*)</b>	Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit

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

Le salarié peut transmettre à l'organisme assureur, 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.

L'organisme assureur 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, numéro d'inscription Adeli...).

En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec l'organisme assureur: facture acquittée du ticket modérateur.

## Partie 7. 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 aux soins par le praticien, notamment pour les frais d'optique, prothèses dentaires, dépassements d'honoraires et chambres particulières, dès lors que les dépenses envisagées dépassent les montants définis comme suit :

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

Pour bénéficier de ce service, l'*assuré* peut imprimer des modèles de devis sur le site internet [www.malakoffhumanis.com](http://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 constituant un réseau pouvant permettre aux *bénéficiaires* de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses y sont engagées. En outre, les *bénéficiaires* profitent des tarifs négociés sur la chambre particulière au sein du réseau des hôpitaux adhérents au conventionnement hospitalier mutualiste.

La liste des professionnels de santé appartenant aux réseaux de l'*organisme assureur* est disponible sur notre site internet [www.malakoffhumanis.com](http://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.

## 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](http://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*.

Réf : MHP-13168-2211



**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









## Document à remettre à votre employeur

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

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

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature