

# Frais de santé

## **CONDITIONS GENERALES N°S924-3**

Assurés par Malakoff Humanis Mutuelle

# Sommaire

Lexique .....	3
<b>PARTIE 1. CONDITIONS GENERALES .....</b>	<b>7</b>
Titre 1. Dispositions relatives à la vie du contrat .....	7
1.1. Caractère de l'adhésion et nature du contrat .....	7
1.2. Objet du contrat.....	7
1.3. Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat .....	7
1.4. Obligations d'informations du <i>souscripteur</i> .....	8
1.5. Révision du contrat.....	9
Titre 2. Dispositions relatives à l'affiliation au contrat.....	11
2.1. Conditions et Formalités d'affiliation .....	11
2.2. Renonciation à l'affiliation au contrat d'assurance collectif facultatif.....	12
2.3. Dénonciation de l'affiliation au contrat collectif facultatif .....	13
2.4. Cessation de l'affiliation .....	13
Titre 3. Dispositions relatives aux garanties.....	14
3.1. Objet des garanties.....	14
3.2. Prise d'effet et cessation des garanties .....	14
3.3. Les prestations.....	15
3.4. Règlement des prestations .....	16
Titre 4. Maintien des garanties.....	20
4.1. En cas de suspension du contrat de travail .....	20
4.2. En cas de cessation du contrat de travail (portabilité) .....	20
4.3. En cas de procédure collective, y compris en cas de liquidation judiciaire (portabilité).....	21
4.4. En cas de rupture du contrat de travail : Maintien individuel des garanties aux anciens salariés et ayants droit de salariés décédés .....	21
Titre 5. Cotisations .....	23
5.1. Assiette, montant et structures des cotisations .....	23
5.2. Modalités de paiement .....	23
5.3. Défaut de paiement .....	23
Titre 6. Références légales.....	25
6.1. Fausse déclaration.....	25
6.2. Déchéance.....	25
6.3. Prescription .....	25
6.4. Subrogation .....	25
6.5. Réclamation - Médiation.....	26
6.6. Juridiction compétente .....	26
6.7. Protection des données à caractère personnel.....	26
6.8. Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.....	28
6.9. Autorité de contrôle.....	28
<b>PARTIE 2. REGLES SPECIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTE RESPONSABLES .....</b>	<b>29</b>
Titre 1. Nature du contrat.....	29
Titre 2. Précisions sur l'application du 100 % santé .....	30
2.1. Optique.....	30
2.2. Dentaire.....	31
2.3. Aide auditive .....	32
<b>PARTIE 3. CONDITIONS GENERALES SPECIFIQUES AUX CONTRATS COLLECTIFS SANTE NON RESPONSABLES .....</b>	<b>33</b>
Titre 1. Nature du contrat.....	33

# Lexique

---

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

## PRINCIPAUX TERMES UTILISES :

---

**Assureur** **Malakoff Humanis Mutuelle**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 718 256  
Siège 21 rue Laffitte 75009 Paris ;

Le contrat est régi par le **Code de la mutualité**.

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

Dans la suite du texte, le terme « membre participant » sera remplacé par « assuré »

---

**Souscripteur** La personne morale qui a conclu le contrat d'assurance avec *l'assureur* au bénéfice des salariés appartenant à la *catégorie assurée*.

---

**Catégorie assurée** L'ensemble des salariés du *souscripteur* appartenant à la *catégorie assurée* définie aux conditions particulières.

---

**Notice d'information** Document rédigé par *l'assureur* et remis aux *assurés* par le souscripteur, définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de *sinistre*.

---

**Assuré** La personne garantie par contrat et appartenant à la *catégorie assurée*.

---

**Ayants droit** La personne bénéficiant des garanties, sans être l'assuré principal mais en sa qualité de conjoint définit comme :

- 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).

**Et les enfants à charge 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 France Travail comme primo demandeurs d'emploi ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.
-

Les limites d'âge sont supprimées pour les enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des personnes en situation de handicap 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 les limites d'âge prévues ci-dessus (21 ou 28 ans sous conditions).

- Bénéficiaires**
- L'assuré,
  - Les ayants droit, sous réserve de la structure de cotisation choisie et décrite aux conditions particulières ainsi que des dispositions mentionnées à l'article 3.2.1. « Prise d'effet des garanties ».

**Contrat socle** C'est le contrat collectif complémentaire qui intervient immédiatement après la *Sécurité sociale* et avant un éventuel *contrat surcomplémentaire*.

**Contrat surcomplémentaire** C'est le contrat qui intervient sous déduction du remboursement opéré par la *Sécurité sociale* et le *contrat socle* dans la limite des frais réels. Éventuellement en complément d'un autre *contrat surcomplémentaire* définis aux conditions particulières.

## AUTRES TERMES UTILISES

**Accident** Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.

**Actes** Les actes pris en considération sont ceux :

- référencés par la *Sécurité sociale* aux *nomenclatures* définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement.
- non référencés par la *Sécurité sociale* aux *nomenclatures* mais expressément prévus aux Conditions particulières qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET, RPPS.

**Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)** Le tarif servant de base de calcul à la *Sécurité sociale* pour rembourser les frais médicaux. Les BR sont consultables sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr).

**Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de *Pratique Tarifaire Maîtrisée* (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).

Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur [ameli-direct.fr](http://ameli-direct.fr).

**Déclaration sociale nominative (DSN)** La *DSN* est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.

**Dispositif Mon soutien psy** La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 prévoit la prise en charge de séances d'accompagnement psychologique dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy ».

Depuis le 5 avril 2022, votre contrat rembourse le *ticket modérateur* des séances effectuées dans le cadre de ce dispositif.

**Forfait patient urgence** Forfait dû par l'assuré pour les passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

**Franchise** Somme déduite par la *Sécurité sociale* - et non prise en charge par le contrat responsable - de ses remboursements sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

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

<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 maternité.
<b>Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)</b>	Ce montant est calculé ainsi : $[Base\ de\ remboursement\ (BR)] \times [Taux\ de\ remboursement\ appliqué\ par\ la\ Sécurité\ sociale].$
<b>Nomenclature</b>	Codification des actes et des médicaments donnant lieu à remboursement de la <i>Sécurité sociale</i> .
<b>Parcours de soins</b>	Obligation pour tout <i>assuré</i> de plus de 16 ans de passer par son médecin traitant avant toute consultation d'un médecin spécialiste à l'exception des cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• en cas d'urgence,</li> <li>• en cas d'éloignement du domicile,</li> <li>• ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ophtalmologue,</li> <li>– gynécologue,</li> <li>– stomatologue,</li> <li>– psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 ans à moins de 26 ans.</li> </ul> </li> </ul> <p>Le non-respect du parcours de soin engendre la majoration du <i>ticket modérateur</i> qui ne sera pas pris en charge par l'<i>assureur</i>.</p>
<b>Participations forfaitaires</b>	<p><b>1. Participation forfaitaire :</b></p> <p>Montant forfaitaire non remboursé par la <i>Sécurité sociale</i> et par le contrat responsable, dû par un assuré social pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.</p> <p><b>Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'assureur.</b></p> <p><b>2. Participation forfaitaire « actes lourds »</b></p> <p><i>Ticket modérateur</i> forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'État ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.</p> <p>Cette <i>participation forfaitaire</i> est remboursée par l'<i>assureur</i>.</p>
<b>Plafond annuel de la Sécurité sociale</b>	Plafond de la <i>Sécurité sociale</i> est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1 <sup>er</sup> janvier. Il peut être utilisé pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le calcul du montant des cotisations,</li> <li>• certaines prestations exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle.</li> </ul> <p>Son évolution est consultable sur <a href="http://www.securite-sociale.fr">www.securite-sociale.fr</a></p>
<b>Reste à charge</b>	Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l' <i>assuré</i> après le remboursement de la <i>Sécurité sociale</i> et de l' <i>assureur</i> .
<b>Secteur conventionné</b>	L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la <i>Sécurité sociale</i> et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce <i>secteur conventionné</i> , les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la <i>Sécurité sociale</i> . Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la <i>Sécurité sociale</i> .
<b>Secteur non conventionné</b>	L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la <i>Sécurité sociale</i> et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la <i>Sécurité sociale</i> est alors effectué sur une base minorée.

**Sécurité sociale (Régime obligatoire)** Régime général ou local de *Sécurité sociale* française.

---

**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 Remboursé* (MR) par celle-ci.

---

# Partie 1. Conditions générales

---

## Titre 1. Dispositions relatives à la vie du contrat

### 1.1. Caractère de l'adhésion et nature du contrat

Les présentes conditions générales concernent l'ensemble des contrats collectifs, complémentaires « *socles* » ou « *surcomplémentaires* », à adhésion obligatoire ou facultative, solidaires, responsables ou non responsables.

La nature du contrat souscrit et le caractère de l'adhésion (« *socles* » ou « *surcomplémentaires* », à adhésion obligatoire ou facultative, solidaires, responsables ou non responsables) sont précisés aux conditions particulières.

Les contrats *surcomplémentaires* sont juridiquement distincts du *socle*.

### 1.2. Objet du contrat

Le contrat a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'*assureur* accorde aux *assurés*, tels que définis aux conditions particulières, 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 se compose des présentes conditions générales, de leurs éventuelles annexes, et des conditions particulières.

Le contrat frais de santé est susceptible d'être complété et modifié par avenants.

Il peut ouvrir droit à des garanties d'assistance. Lorsque ces garanties sont souscrites la *notice d'information* valant conditions générales d'application de l'assisteur est jointe au contrat.

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

#### 1.3.1. Date d'effet, durée, renouvellement

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières sous réserve qu'il soit régularisé et retourné signé à l'*assureur* dans les deux mois à compter de sa date d'émission.

Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.

#### 1.3.2. Résiliation

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

##### Résiliation par le *souscripteur* :

Lors de la première année de souscription, le *souscripteur* peut résilier le contrat en adressant une demande à l'*assureur* deux mois au moins avant la date de renouvellement, soit au plus tard le 31 octobre.

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

Dans les deux cas, la résiliation est effectuée en adressant à l'*assureur* une notification par lettre ou tout autre *support durable* ou déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'*assureur*, acte extrajudiciaire, le cas échéant mode de communication à distance identique à celui utilisé lors de la souscription du contrat.

A cet effet, la demande de résiliation du contrat peut être formulée directement sur le site internet malakoffhumanis.com, notamment.

Le destinataire de la demande confirme par écrit au *souscripteur* la réception de la notification.

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

## Résiliation par l'assureur :

L'*assureur* peut résilier le contrat tous les ans en envoyant une lettre recommandée au *souscripteur* au moins deux mois avant la date de renouvellement, soit au plus tard le 31 octobre.

La résiliation du *contrat socle* entraîne automatiquement la résiliation du *contrat surcomplémentaire*.

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

Lorsque le contrat est de nature *surcomplémentaire*, il ne peut perdurer que si le *contrat socle* est en vigueur.

## 1.4. Obligations d'informations du *souscripteur*

### 1.4.1. Obligations générales

Le *souscripteur* doit :

- adresser à l'*assureur* un exemplaire du contrat dûment signé,
- s'acquitter de la cotisation,
- s'engager à remettre à chacun de ces salariés la *notice d'information*, ses additifs ainsi que l'imprimé leur permettant de changer de *bénéficiaires* et le cas échéant un bulletin de choix d'options.

### 1.4.2. Obligations déclaratives

#### A la souscription du contrat

Le *souscripteur* doit adresser à l'*assureur* dans un délai maximum de trente jours après la date d'effet du contrat : la liste nominative du personnel assurable avec indication pour chaque intéressé de ses noms, prénoms, date et lieu de naissance, situation de famille.

- la liste précitée doit impérativement indiquer si :
  - le contrat de travail est suspendu, avec indication de la date d'effet de la suspension et du motif,
  - les anciens salariés bénéficient de la portabilité.
- les bulletins d'affiliation doivent être remplis par l'*assuré* (sauf dispense d'adhésion pour les contrats obligatoires).

#### En cours de contrat

##### A savoir

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

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

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

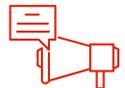
Le *souscripteur* doit déclarer les mouvements de ses effectifs entrants et sortants dans la *catégorie assurée* et signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des *assurés* ayant des conséquences sur la couverture accordée au titre du contrat.

Pour les contrats à adhésion obligatoire les éléments ci-dessous mentionnés doivent être fournis par les flux mensuels *DSN*.

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

- transmettre à l'*assureur*, à la fin de chaque exercice civil et au plus tard au 31 janvier suivant, la liste nominative du personnel *assuré* précisant : leurs nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la *Sécurité sociale*, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice et la base de calcul des cotisations et assiette de cotisations individualisée, lorsque les cotisations sont exprimées en pourcentage du salaire,
- informer de la suspension des contrats de travail des salariés éligibles au maintien des garanties,
- informer de la rupture des contrats de travail et du motif de celle-ci pour les salariés éligibles au maintien des garanties prévues « En cas de cessation du contrat de travail (portabilité) »,
- informer du décès de ses salariés,
- s'assurer que les bulletins d'affiliation soient remplis par la totalité des nouveaux *assurés*,
- signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des *assurés*.

Sanction en cas de non-respect des obligations déclaratives : en l'absence de transmission de ces éléments dans un délai de trente jours après la date de l'événement, l'affiliation ne prendra effet qu'après l'accord exprès de l'*assureur*.



**Le souscripteur doit informer immédiatement l'assureur afin de maintenir, d'adapter ou de résilier le contrat en cas de circonstances nouvelles, dans les conditions prévues à l'article 1.5.2. « Évolution du risque assuré ».**

### 1.4.3. Obligations liées à la territorialité

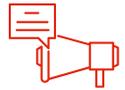
Sauf mention aux conditions particulières, l'activité de l'entreprise souscriptrice est réputée s'exercer en France hexagonale.

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

- sur le territoire français,
- ou hors de ce territoire :
  - lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois,
  - ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L.761-1 et -2 du Code de la sécurité sociale, et dans les conditions prévues à l'article 3.3.1. « Territorialité de la couverture - soins à l'étranger ».

#### A savoir

Ainsi, les conditions générales ne permettent pas la souscription d'un contrat bénéficiant aux salariés expatriés.



## 1.5. Révision du contrat

### 1.5.1. Évolutions législatives ou réglementaires

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la *Sécurité sociale*, le contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la notification de la modification.

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

Lorsque le contrat souscrit est responsable, l'avenant proposé par l'assureur visant à mettre le contrat en conformité avec les règles relatives aux contrats solidaires et responsables est réputé accepté par le souscripteur à défaut d'opposition écrite de celui-ci dans un délai de trente jours.

L'avenant proposé entre au plus tôt en vigueur après expiration du délai de trente jours.

### 1.5.2. Évolution du risque assuré

L'assureur pourra demander au souscripteur le paiement d'une cotisation exceptionnelle, **en cas d'aggravation du risque dans les cas suivants, ayant notamment un impact sur le coût de la portabilité** :

- toutes procédures de licenciement visant plus de 5 % de l'effectif assuré représentant minimum cinq salariés assurés,
- toute diminution des effectifs (y compris les fins de CDD, ruptures conventionnelles...) visant plus de cinq salariés assurés et 5% de l'effectif assuré,
- la mise en place d'un Plan de Sauvegarde de l'Emploi,
- toutes les procédures collectives, telles que sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires.

L'effectif à prendre en compte est celui des actifs au 1er janvier de l'année en cours. Le souscripteur adresse une lettre recommandée avec accusé de réception ou une lettre recommandée électronique à l'assureur dès connaissance de la survenance de l'un des événements listés ci-dessus.

### 1.5.3. Autres cas de révision du contrat

Le contrat peut être modifié d'un commun accord entre le souscripteur et l'assureur.

C'est le cas notamment si les résultats du contrat le nécessitent. Dans cette hypothèse, les cotisations et/ou les garanties peuvent être modifiées.

#### 1.5.4. Modalités de révision

La révision du contrat sera formalisée par un avenant. Le *souscripteur* peut refuser la proposition de l'*assureur* dans les trente jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 1.3. « Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat »**. Le contrat est alors résilié dans les dix jours suivants.

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

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

## Titre 2. Dispositions relatives à l'affiliation au contrat

### 2.1. Conditions et Formalités d'affiliation

#### 2.1.1. Formalités d'affiliation

##### Important

Pour les données nécessaires à l'affiliation qui ne sont pas transmises par la *DSN* (notamment le choix d'option entre plusieurs garanties par le salarié et la déclaration des ayants droit etc...) l'*assuré* doit :

- transmettre les bulletins d'affiliation signés,
- le cas échéant, choisir l'option de garanties,
- déclarer ses éventuels ayants droit à couvrir à titre obligatoire ou facultatif, selon le contrat souscrit.

Les éléments d'affiliation ci-dessus doivent être transmis dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation demandée par le *souscripteur*. Si le bulletin d'affiliation n'est pas transmis dans ce délai ou s'il est incomplet, l'affiliation sera effective à la date d'effet de l'accord exprès de l'*assureur*.

La prise d'effet de l'affiliation est fixée conformément aux dispositions du contrat relatives à la prise d'effet des garanties.



**Si le contrat collectif est à adhésion facultative**, les salariés peuvent demander leur affiliation conformément aux dispositions ci-avant et déclarer le cas échéant les ayants droit à couvrir uniquement dans les trois mois qui suivent la date :

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

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

#### 2.1.2. Pièces nécessaires à l'affiliation

Quelle que soit la nature du contrat obligatoire ou facultatif :

Type de bénéficiaire	Pièces à fournir
<b>Assuré</b>	Un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement des prestations (NB. un seul RIB par famille). Lorsque l'adhésion des ayants droit est facultative ou lorsque l'adhésion au contrat est facultative : Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations si ce mode de paiement est choisi par l' <i>assuré</i> .
<b>Ensemble des assurés et ayants droit</b>	La photocopie de l'attestation de droits de la <i>Sécurité sociale</i> .
<b>Partenaire de PACS ou concubin</b>	Une déclaration sur l'honneur signée de l' <i>assuré</i> et de son concubin OU en cas de PACS, un acte de naissance daté de moins de 3 mois avec la mention du PACS.
<b>Pour les enfants à charge qui ne figurent pas sur l'attestation de carte vitale de l'assuré</b>	Une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du(des) contrat(s), Le cas échéant, une copie : <ul style="list-style-type: none"><li>• du certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année),</li><li>• du contrat d'apprentissage ou d'alternance,</li><li>• d'une attestation d'inscription à France Travail,</li><li>• de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion, de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé.</li></ul>

### 2.1.3. Modalités de choix et de changement d'option

#### A savoir

Si le *contrat socle* ou le *contrat surcomplémentaire* prévoit des garanties à options (ou formules) celles-ci figurent aux conditions particulières.

Dans ce cas, l'*assuré* doit demander à s'affilier à des options dans les conditions suivantes :

#### Choix de l'option

L'*assuré* exprime son choix lors de son affiliation, en remplissant le bulletin d'affiliation.

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

#### Changement d'option

L'*assuré* peut modifier son choix vers une option supérieure ou inférieure dans les trois mois qui suivent :

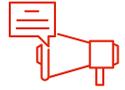
- la date d'effet du contrat,
- la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée,
- un changement de situation de famille,
- toute modification de la part de l'*assureur* sur l'une des options choisies.

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

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

#### Remarque

Le *contrat surcomplémentaire* n'est pas une option du *contrat socle*.



## 2.2. Renonciation à l'affiliation au contrat d'assurance collectif facultatif

**Si le contrat est à adhésion facultative**, l'*assuré* peut renoncer à son affiliation pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'affiliation a pris effet.

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures (minuit). S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le délai n'est pas prolongé.

L'*assuré* peut demander la renonciation, par l'un des moyens exposés à l'article 1.3. « Date d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat ».

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente jours suivant la date de réception de la demande par l'*assureur*. Toutefois, si des prestations ont été versées, l'*assuré* devra les rembourser intégralement avant tout remboursement préalable des cotisations par l'*assureur*.

#### Conseil pratique

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :

« Je soussigné(e) (nom, prénom) ....., demeurant (adresse complète) ..... déclare renoncer à l'affiliation au contrat collectif à adhésion facultative (frais de santé) n°....., ayant pris effet le ..... conformément aux dispositions de l'article 2.2. « renonciation à l'affiliation au contrat d'assurance collectif facultatif ».



## 2.3. Dénonciation de l'affiliation au contrat collectif facultatif

Si le contrat est à adhésion facultative, l'assuré peut dénoncer son affiliation (et par conséquent celle de l'ensemble de ses ayants droit) :

Au cours de la première année d'affiliation :

- 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).

A compter d'un an d'affiliation au contrat : à tout moment par les mêmes moyens que le *souscripteur* ou directement sur le site internet malakoffhumanis.com notamment (effet un mois de date à date à compter de la réception).

Une nouvelle affiliation au contrat à adhésion facultative est possible à l'issue d'un délai de deux années civiles suivant la dénonciation.

## 2.4. Cessation de l'affiliation

### Important



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

- Pour les contrats à adhésion facultative en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 5.3. « Défaut de paiement », ou de dénonciation par l'assuré de son affiliation (et par conséquent celle de l'ensemble de ses ayants droits) dans les conditions prévues à l'article 2.3. « Dénonciation de l'affiliation au contrat collectif facultatif »,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la *catégorie assurée*,
- à la date de suspension du contrat de travail sauf dans les cas prévus à l'article 4.1. « En cas de suspension du contrat de travail »,
- à la date de rupture du contrat de travail, quel qu'en soit le motif, sauf dans les cas prévus à l'article 4.2. « En cas de cessation du contrat de travail (portabilité) »,
- à la date de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf cumul emploi retraite,
- à la date de résiliation du contrat quel qu'en soit le motif,
- à la date de son décès.

Une nouvelle affiliation au contrat à adhésion facultative est possible à l'issue d'un délai de deux années civiles suivant la résiliation.

## Titre 3. Dispositions relatives aux garanties

Les garanties souscrites et les montants des prestations figurent aux conditions particulières.

### 3.1. Objet des garanties

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

- dans la limite des frais réels engagés par les *assurés et leurs ayants droit*,
- ayant donné lieu au versement de prestations par la *Sécurité sociale*.

Le contrat peut prévoir le remboursement des actes non remboursés par la *Sécurité sociale* s'ils sont indiqués aux conditions particulières.

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

### 3.2. Prise d'effet et cessation des garanties

#### 3.2.1. Prise d'effet des garanties

##### **Pour les assurés**

Les garanties prennent effet à la même date que le contrat ou à la date d'entrée dans la *catégorie assurée* (embauche, promotion, cessation de dispense d'affiliation...) si elle est postérieure, sous réserve du respect du délai d'affiliation de 30 jours prévu à l'article 2.1.1. « Formalités d'affiliation ».

A défaut, les garanties prennent effet à la date de réception du bulletin d'affiliation par l'*assureur*.

##### **Pour les ayants droit**

Les ayants droit peuvent bénéficier des mêmes garanties du contrat à titre obligatoire ou facultatif selon la structure de cotisation.

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

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

#### 3.2.2. Cessation des garanties

##### **Pour les assurés**

L'*assuré* ne bénéficie plus des garanties à la date de cessation de son affiliation.

##### **Pour les ayants droit**

Les ayants droit ne bénéficient plus des garanties :

- à la même date que celle de l'*assuré*,
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions d'*ayant droit*,
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 5.3. « Défaut de paiement »,
- dans le cadre d'un contrat à titre facultatif, à la date à laquelle l'*assuré* ne souhaite plus le faire bénéficier du contrat. La demande doit être faite au moins deux mois avant la date de cessation souhaitée.

### 3.3. Les prestations

Le montant des prestations est mentionné aux conditions particulières de chaque contrat souscrit.

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

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

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

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

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

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

Les remboursements de ces soins suivent les règles suivantes :

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

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

- les actes non remboursés par la *Sécurité sociale*, sauf mention aux conditions particulières,
- les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou antérieurement à la date d'effet de l'affiliation des assurés et ayants droit,
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties des assurés et ayants droit,
- la *participation forfaitaire*, les *franchises*, la majoration du *ticket modérateur* hors parcours de soin prévues par le Code de la sécurité sociale,
- les dépassements d'honoraires non déclarés à la *Sécurité sociale* par le professionnel de santé,
- tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, même lorsque la *Sécurité sociale* a procédé à tort au remboursement.  
A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR),
- tout équipement optique composé de verres plans, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale,
- l'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée),
- le forfait journalier hospitalier pour établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), unités ou centres de soins de longue durée etc.),
- la cigarette électronique,
- la minoration du remboursement appliquée par la *Sécurité sociale* sur les frais de transport sanitaires programmés, en cas de refus du patient du transport partagé proposé.

### 3.3.3. Limitation du remboursement des chambres particulières :

Sont prises en charge, **dans la limite d'un forfait annuel précisé aux conditions particulières**, les chambres particulières :

- expressément demandées par le *bénéficiaire*. L'*assureur* peut demander un justificatif,
- dont les tarifs sont publiquement affichés,
- faisant l'objet d'une facturation détaillant les services fournis par l'établissement hospitalier.

**En tout état de cause, ne peuvent donner lieu à remboursement :**

- les appartements privés,
- les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la *Sécurité sociale*, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.

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

La pharmacie non remboursée concerne :

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

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

### 3.3.5. Encadrement de l'orthodontie et de la parodontologie non remboursés 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.

Concernant la parodontologie non remboursée par la *Sécurité sociale*, **seuls les actes inscrits et codés selon la nomenclature de la Sécurité sociale en vigueur à date font l'objet d'un remboursement.**

**Les actes "codés" NPC (non pris en charge) ou NR (non remboursé) et les actes HN (hors nomenclature) sont exclus car non-inscrits à la nomenclature de la Sécurité sociale.**

## 3.4. Règlement des prestations

Le règlement des prestations peut s'effectuer via ou hors Noémie (système de télétransmission de la *sécurité sociale*).

Le cas échéant des pièces justificatives nécessaires au remboursement sont à adresser à l'*assureur*.

### 3.4.1. Pièces nécessaires au paiement des prestations

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

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

#### A noter

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



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

- **Pour la liquidation de certains actes complexes :**

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

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

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

Justificatifs à fournir à la demande de l'assureur en cas de liaison NOEMIE	Hospitalisation	Dentaire	Optique	Aide auditive	Cure thermique	Maternité	Adoption
Devis détaillé et accepté		x	x	x			
Facture détaillée (le cas échéant codification et montants réglés, frais de transport et hébergement) et acquittée	x	x	x	x	x		
Prescription médicale			x	x			
Bilan visuel			x				
Certificat d'authenticité			x	x			
Justificatif chambre particulière	x						
Photocopie du livret de famille ou acte de naissance						x	
Copie du jugement d'adoption plénière							x

Justificatifs à fournir en cas de traitement hors NOEMIE	Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale	Automédication et pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale (sans prescription médicale)	Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale (2)
Décompte de la Sécurité sociale complété des pièces citées ci-dessus (sauf pour les soins non remboursés par la Sécurité sociale)	x			
Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état (1) dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET, RPPS (3) et /ou précisant le nom du produit		x	x	x
Ordonnance				x

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

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

(3) RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé

### 3.4.2. Cumul d' assureurs

#### A savoir

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie souscrite.



**Le total des remboursements ne peut excéder le montant des frais engagés.**

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

### 3.4.3. Service d'accès aux soins

Les services d'accès aux soins aident l'*assuré* à trouver facilement et simplement un professionnel de santé ou un établissement de soins. Ils permettent de limiter son reste à charge final, notamment par le biais d'accords tarifaires très avantageux.

Les services de prévention permettent à l'*assuré* une meilleure prise en charge de sa santé, grâce à des conseils de santé personnalisés et des actions qui l'aident à mieux connaître ses risques et à les prévenir.

Ces services comprennent également des aides pratiques en cas de maladie, pour mieux l'accompagner.

L'ensemble de ces services est détaillé sur l'espace client ou sur le site [malakoffhumanis.com](https://malakoffhumanis.com).

#### Devis conseil

Afin de réduire le *reste à charge des bénéficiaires*, l'*assureur* peut proposer un service d'analyse tarifaire des devis établis préalablement aux soins par le praticien.

C'est notamment le cas pour les frais d'optique.

L'opticien envoie le devis aux services de l'*assureur* afin que celui-ci soit analysé ; l'*assuré* reçoit le montant du reste à charge éventuel par SMS et le complément de l'analyse sur le prix pratiqué par mail.

#### Réseau de professionnels de santé

L'*assureur* donne accès à une plateforme de santé Kalixia. Cette plateforme peut passer des conventions particulières avec les praticiens et les établissements de santé.

Kalixia a notamment conclu un accord auprès d'opticiens, audioprothésistes, chirurgiens-dentistes et ostéopathes constituant un réseau pouvant permettre à l'*assuré* de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses y sont engagées. En outre, l'*assuré* a accès à un comparateur hospitalier (Kalixiahospit) qui lui permet de facilement comparer et choisir l'hôpital qui répond le mieux à son besoin. Il accède également aux établissements hospitaliers recommandés par Kalixia pour leur performance et la qualité de leur prise en charge dans certaines spécialités chirurgicales programmées.

La liste des professionnels de santé et établissements hospitaliers appartenant aux réseaux Kalixia, ainsi que Kalixia Hospit sont disponibles sur l'espace client.

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, l'*assuré* conserve le libre choix de son praticien et de son établissement hospitalier.

### 3.4.4. Tiers payant

#### La mise en œuvre du tiers payant dans le cadre du contrat responsable

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 du ticket modérateur (différence entre la base de remboursement de la *Sécurité sociale* et le remboursement effectif de celle-ci).

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'*assureur* et que l'ensemble des pièces justificatives demandées par l'*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'*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 papier et dématérialisée (y compris dans le cadre du contrat non-responsable)**

L'*assureur* adresse à l'*assuré* une carte de tiers payant s'il en remplit les conditions.

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 *ayants droit* au jour du téléchargement, elle doit être présentée en priorité au professionnel de santé.

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'*assureur* auprès des professionnels de santé, l'*assuré* devra les rembourser.

**3.4.5. Contrôle médical**

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

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

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

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

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

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

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

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

**3.4.6. Recouvrement des prestations**

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

## Titre 4. Maintien des garanties

### 4.1. En cas de suspension du contrat de travail

#### 4.1.1. Suspension du contrat de travail rémunéré

Les garanties continuent à s'appliquer aux *assurés* dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont :

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

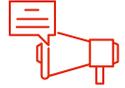
ou

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

#### 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.



#### 4.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunéré

##### 4.1.2.1. 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.

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.

##### 4.1.2.2. Dont le maintien des garanties n'est pas prévu par la réglementation ou la législation

En dehors des cas visés à l'article 4.1.1 et à l'article ci-dessus, les *assurés* peuvent continuer à bénéficier des garanties dès le 1<sup>er</sup> jour de la suspension de leur contrat de travail, lorsque celui-ci est suspendu sans maintien de rémunération notamment pour congé parental d'éducation, congé sabbatique, congé de présence parentale, création d'entreprise.

Le *souscripteur* doit informer l'*assureur* de la suspension du contrat de travail au moins trente jours avant sa date d'effet.

Par ailleurs, l'*assuré* doit demander à l'*assureur* le maintien des garanties du contrat, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à sa charge exclusive, sauf dispositions spécifiques prévues aux conditions particulières.

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

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, non consécutive à une faute lourde, l'*assuré* et ses ayants droit couverts au titre du contrat au moment de la cessation du contrat de travail bénéficient à titre gratuit du maintien des garanties (portabilité) dans les conditions et limites prévues à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

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

Le salarié doit effectuer sa demande de maintien de garanties selon les modalités prévues dans la *notice d'information*.

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

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

- du dernier contrat de travail de l'ancien salarié,

ou le cas échéant,

- des derniers contrats de travail consécutifs chez le *souscripteur*.

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

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse à la date de la :

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

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

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

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

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

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

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

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

- à bénéficier pour lui seul du maintien des garanties existantes au moment de la rupture du contrat de travail. Des conditions tarifaires encadrées règlementairement s'appliquent en conformité avec le dispositif de l'article 4 de la « Loi Évin » (contrat loi « Évin »),

OU

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le maintien des garanties aux anciens salariés est accordé pour toute la durée du versement du revenu de remplacement. **Le maintien des garanties aux ayants droit d'un assuré décédé cesse, quant à lui, au terme d'une période de douze mois à compter du décès.**

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

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

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

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

Le tarif applicable tiendra compte de ces éléments.

## Titre 5. Cotisations

### 5.1. Assiette, montant et structures des cotisations

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle, dont l'assiette, le montant et la structure sont précisés aux conditions particulières.

En cas d'évolution de la situation familiale de l'*assuré*, la cotisation évolue sous réserve :

- de la déclaration par l'*assuré* dans les conditions de l'article 2.1.1. « Formalités d'affiliation »,
- que les ayants droit puissent bénéficier des garanties du contrat dans les conditions de l'article 3.2. « Prise d'effet et cessation des garanties ».

Lorsque la cotisation est exprimée en pourcentage du salaire :

- pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties, la base de calcul des cotisations est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail,
- pour les salariés en suspension du contrat de travail non indemnisée, dont le maintien de garanties est prévu expressément par les textes législatifs ou réglementaires, la base de cotisations est égale à la rémunération moyenne perçue au cours des douze mois précédant la période de suspension du contrat de travail,
- pour les *assurés* dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération ayant demandé le maintien des garanties, la base de calcul des cotisations correspond au salaire brut annuel des douze mois civils précédant la suspension. Le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) est à sa charge exclusive.

### 5.2. Modalités de paiement

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

- **si le contrat est à adhésion obligatoire, par le *souscripteur***, trimestriellement à terme échu dans les quinze premiers jours de chaque échéance.  
Le *souscripteur* est le seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.  
Si la couverture des ayants droit est facultative, l'*assuré* est redevable de la part de ces cotisations dans les mêmes conditions qu'un contrat à adhésion facultative.
- **si le contrat est à adhésion facultative, par l'*assuré***, mensuellement d'avance dans les quinze premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement. L'*assuré* est le seul responsable du paiement des cotisations.

#### Proratation des cotisations

Lorsque le contrat est résilié, le *souscripteur*, ou le cas échéant dans le cadre d'un contrat à adhésion facultative l'*assuré*, **ne sont redevables de la partie de cotisation correspondante à la période pendant laquelle le risque est couvert**. Cette période est calculée à compter de la date d'effet de l'adhésion ou de l'affiliation jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. Si une fraction de cotisation s'avère avoir été payée d'avance, celle-ci est alors remboursée.

### 5.3. Défaut de paiement

L'*assureur* adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec accusé de réception au *souscripteur* ou à l'*assuré* selon le cas, en cas de non-paiement :

- d'une cotisation au terme du délai de quinze jours de son échéance, ou
- d'une cotisation exceptionnelle en cas d'aggravation du risque, dans un délai de quinze jours suivant l'envoi de la proposition.

Si le paiement des cotisations n'intervient pas :

- **pour un contrat à adhésion obligatoire** : les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure au *souscripteur* et le contrat est résilié dix jours après la date d'effet de la suspension.  
La résiliation met fin aux garanties pour l'ensemble des *assurés et ayants droit*.  
Dans le cas de l'extension facultative aux ayants droit, le non-paiement de la cotisation par l'*assuré* entraîne la cessation de la couverture des ayants droit quarante jours après l'envoi de la mise en demeure à l'*assuré*.
- **pour un contrat à adhésion facultative** : l'affiliation de l'*assuré* cesse quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

La cessation de l'affiliation met fin aux garanties pour l'ensemble des *assurés et ayants droit*.

Dans tous les cas, restent à payer les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de résiliation du contrat ou de cessation de l'affiliation des *assurés* ou des *ayants droit*.

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

L'*assureur* a la faculté de poursuivre le recouvrement des cotisations par tous moyens de droit.

## Titre 6. Références légales

### 6.1. Fausse déclaration

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

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

L'*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'*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'*assureur* avait eu en sa possession la déclaration exacte et complète.

### 6.2. Déchéance

L'*assuré* ou l'*ayant droit* est déchu de tout droit à indemnisation au titre du *sinistre* concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de *sinistre* portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences de celui-ci.
- 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'*assureur*.

### 6.3. Prescription

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

Toutefois ce délai ne court :

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

Lorsque le *souscripteur*, l'*assuré* ou l'*ayant droit* intente une action en justice à l'encontre de l'*assureur* et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à l'encontre du *souscripteur*, de l'*assuré* ou de l'*ayant droit* ou a été indemnisé par le *souscripteur*, l'*assuré* ou l'*ayant droit*.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription conformément aux articles 2240 et suivants du Code Civil que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- la demande en justice, même en référé,
- un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception lorsque l'*assureur* s'adresse au *souscripteur* pour le paiement de la cotisation,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique, lorsque l'*assuré* ou ses ayants droit s'adressent à l'*assureur* pour le règlement de la prestation.

### 6.4. Subrogation

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

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

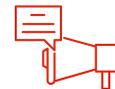
## 6.5. Réclamation - Médiation

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

### A savoir

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.
- ou sur l'espace Assuré.



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

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée, ou lorsque l'assureur ou gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le *souscripteur*, l'*assuré* et/ou ses *ayants droit* 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'assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

## 6.6. Juridiction compétente

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

## 6.7. Protection des données à caractère personnel

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

Détails des données	Finalités des données <b>Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données de l'assuré et celles de ses ayants droit dans un autre but que les finalités citées ci-dessous :</b>	Catégorie de destinataires des données	Durée de conservation des données
<p>Données d'identification</p> <p>Données relatives à la situation familiale, à la vie personnelle, la santé de l'assuré</p> <p>Données économique, patrimoniale et financière, professionnelle</p> <p>Données relatives à l'appréciation du risque</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La souscription, la gestion, y compris commerciale, la passation 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</li> <li>▪ L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins que l'assuré et ses ayants droit expriment</li> <li>▪ La gestion des avis de l'assuré et de ses ayants droit sur les produits, services ou contenus que Malakoff Humanis ou ses partenaires proposent</li> <li>▪ L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux</li> <li>▪ 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 qui permettent de s'assurer de la non réidentification de l'assuré</li> <li>▪ 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, qui peuvent conduire à l'inscription de l'assuré sur une liste de personnes qui présentent un risque de fraude, et qui incluent un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA)</li> <li>▪ A ce titre, Malakoff Humanis peut utiliser des systèmes d'intelligence artificielle pour l'aider à détecter des dossiers frauduleux tout en conservant une intervention humaine</li> <li>▪ La proposition à la personne assurée et à ses ayants droit d'un accompagnement sous la forme de services ou d'outils inclus dans le contrat, opérés par Malakoff Humanis ou ses partenaires et en lien avec le coût des soins, le parcours médical ou des situations de fragilités.</li> <li>▪ La mise en œuvre d'opérations de prospection commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et de ses ayants droit. (Aucune prospection commerciale n'est réalisée en présence d'un courtier apporteur.)</li> </ul>	<p>Les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données</p> <p>Les sous-traitants éventuels</p> <p>Les délégataires de gestion</p> <p>Les intermédiaires d'assurance</p> <p>Les réassureurs et coassureurs</p> <p>Les organismes professionnels habilités</p> <p>Les partenaires</p> <p>Les sociétés extérieures</p>	<p><b>Le calcul des durées de conservation est réalisé en fonction :</b></p> <p>des finalités pour lesquelles les données sont collectées</p> <p>de la durée de la relation contractuelle et de la typologie de contrat</p> <p>des obligations légales de Malakoff Humanis</p> <p>des prescriptions légales et réglementaires applicables de conservation</p>
<p>Données relatives à la santé de l'assuré : le Numéro de Sécurité sociale (le « NIR ») et celui de ses ayants droit</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> </ul>	<p>Le Service médical et toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical de Malakoff Humanis</p> <p>Acteurs de la protection sociale conformément à la liste fournie à l'article 2.A.1°) du Décret n° 2019-341 du 19 avril 2019</p>	

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données personnelles de l'*assuré* et des *ayants droit* ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

L'*assuré* a la possibilité de donner son consentement ou de le retirer pour certains traitements, et d'indiquer les canaux de communication par lesquels il souhaite être sollicité (SMS, courriel, téléphone, courrier) en se rendant sur son Espace Client particulier.

Hormis les traitements nécessaires aux fins d'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'*assuré* et de ses *ayants droit* est recueilli pour permettre le traitement des données personnelles de santé.

A ce titre, les données personnelles relatives à la santé de l'*assuré* et celles de ses *ayants droit* sont traitées dans des conditions :

- garantissant un niveau de sécurité et de confidentialité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées appropriées adapté au risque présenté par le traitement des données de l'*assuré* et de ses *ayants droit*,
- permettant de notifier à la CNIL dans le délai prévu après la découverte d'une violation de données personnelles et permettant d'informer l'*assuré* dans les meilleurs délais si cette violation représente un risque pour ses droits et libertés.

Si les données personnelles de l'*assuré* et de ses *ayants droit* venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et qui ne présente 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, à la protection du transfert de données par des garanties appropriées ainsi qu'au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

L'*assuré* et ses *ayants droit* disposent de droits prévus par le RGPD (d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition à la prospection commerciale, et de portabilité de leurs données) qu'ils peuvent exercer :

- via le site internet Malakoff Humanis dans l'onglet dédié « Exercer mes droits »
- par mail 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

L'*assuré* et ses *ayants droit* peuvent formuler une réclamation auprès de la CNIL, et s'opposer au démarchage téléphonique en suivant les démarches distinctes indiquées dans la Politique de protection de Malakoff Humanis.

## 6.8. Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

L'*assureur* est tenu au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Cela se traduit pour l'*assureur* par des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance pendant toute la durée de vie du contrat.

Pour ces raisons, l'*assureur* peut être amené à recueillir des informations afin de vérifier l'identité du *souscripteur* ou du bénéficiaire et de justifier des opérations réalisées.

## 6.9. Autorité de contrôle

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

## Partie 2. Règles spécifiques aux contrats collectifs santé responsables

### Titre 1. Nature du contrat

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

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

Lorsque le contrat souscrit est « responsable », il prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

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

Le contrat responsable peut prévoir la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des *dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*. Dans ce cas :

- le remboursement est **minoré de 20 %** de la *base de remboursement* du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée,

et

- le remboursement est **limité à 200 %** de la *base de remboursement*.

Si le contrat est à adhésion obligatoire, il prend en charge en plus des prestations prévues au contrat responsable, les remboursements suivants :

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

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

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

### 2.1. Optique



#### Généralités

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

Deux classes d'équipement optique sont proposées :

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

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés ainsi :

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

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

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

**Les verres neutres ne sont pas remboursés sauf condition d'appairage**. Il s'agit de verres sans correction (dioptrie égale à 0).

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

#### VERRES SIMPLES

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

#### VERRES COMPLEXES

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

#### VERRES TRÈS COMPLEXES

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

(\*) Sphère supérieure à une dioptrie de I-8DI soit -9D

## Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est calculée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par la *Sécurité sociale* ou par l'*assureur*, depuis le 1er janvier 2018.

<b>Assurés et ayants droit concernés</b>	<b>Assurés et ayants droit de 16 ans et plus</b>	<b>Assurés et ayants droit 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 de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.	
Constatation de l'évolution de la vue	soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
<b>Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières</b>		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres.	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

## 2.2. Dentaire



Trois paniers de soins prothétiques sont définis ci-dessous :

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

## 2.3. Aide auditive

---



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

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

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

## Partie 3. Conditions générales spécifiques aux contrats collectifs santé non responsables

---

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

### Titre 1. Nature du contrat

Lorsque le contrat souscrit est non responsable, les dispositions suivantes s'appliquent.

Le contrat « **non-responsable** » ne respecte pas les obligations du cahier des charges "contrat responsable", prévues aux articles L. 871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Les définitions prévues au titre II de la partie II concernant l'équipement optique, les paniers de soin prothétiques en dentaire et les classes d'équipement pour l'aide auditive sont applicables.



**MALAKOFF HUMANIS MUTUELLE**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité

Immatriculé au répertoire SIREN sous le n°784 718 256

Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris

Mutuelle membre du groupe Malakoff Humanis, 21 rue Laffitte, 75009 Paris

Réf : MHM-16613\_2306