BIEN-ÊTRE

HCR

CONDITIONS GÉNÉRALES

GARANTIE COLLECTIVE
FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE DES SALARIÉS
RELEVANT DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES HÔTELS, CAFÉS, RESTAURANTS

DATE D'EFFET : 1ER JANVIER 2024

malakoff humanis

KLÉSIA MÉTIERS DU COMMERCE Pro

SOMMAIRE

PRÉAMBULE 3

DÉFINITIONS 4

TITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES 7

Article 1 - Cadre juridique – Objet . . . 7
Article 2 - Souscription du contrat . . . 7
Article 3 - Modifications du contrat souscrit par l'entreprise . . . 7
Article 4 - Affiliation - Bénéficiaires . . . 7
Article 5 - Prise d'effet des garanties - Durée . . . 8
Article 6 - Cotisation – Déclaration Nominative Annuelle . . . 9
Article 7 - Prestations . . . 10
Article 8 - Prescription . . . 15
Article 9 - Territorialité . . . 16
Article 10 - Résiliation du contrat . . . 16
Article 11 - Contrôle des institutions . . . 17
Article 12 - Réclamation – Médiation – Protection des données personnelles . . . 17

TITRE 2 - GARANTIES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ 19

Article 13 - Tableau des garanties . . . 19

TABLEAU DES GARANTIES 20

PRÉAMBULE

Votre entreprise relève de la Convention collective nationale des Hôtels, Cafés, Restaurants.

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré, par accord collectif du 6 octobre 2010 (ci-après dénommé l'Accord de Branche), un régime conventionnel de frais de santé au plan national, au bénéfice de l'ensemble du personnel relevant du champ d'application de la Convention collective nationale susvisée.

Les co-assureurs listés ci-dessous proposent un contrat d'assurance respectant les dispositions de l'Accord de Branche, dédié aux entreprises de votre branche professionnelle :

- **Malakoff Humanis Prévoyance** Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale, ayant son siège 21 rue Laffitte, 75009 Paris - N° Siren 775 691 181, apériteur,
- **KLESIA Prévoyance**, Institution de prévoyance, régie par le titre III du livre IX Code de la Sécurité sociale, ayant son siège social 4 rue Georges Picquart, 75017 Paris,

Les co-assureurs ont délégué la gestion des affiliations des salariés des Entreprises adhérentes au régime, ainsi que la gestion des prestations de frais de santé, à :

- **SIACI SAINT HONORE - Groupe DIOT-SIACI** - Siège social : Season - 39, rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17 - SAS - Capital : 120 555 961,60 € - RCS Paris 572 059 939 RCS Paris - APE 6622 Z - N° TVA : FR 54 572 059 939 - N° ORIAS : 07 000 771.

DÉFINITIONS

100 % SANTÉ

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

ADHÉRENTE, OU ENTREPRISE ADHÉRENTE

Personne morale ou physique qui souscrit un contrat d'assurance dans le cadre des présentes Conditions générales, auprès de l'une des Institutions co-assureurs, au profit de son personnel défini au Certificat d'adhésion ou Conditions particulières.

ASSURÉ

Salarié appartenant à une catégorie de personnel assurée (définie au Certificat d'adhésion ou Conditions particulières), le cas échéant ancien salarié affilié au contrat au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement :

- **Tarif de convention (TC)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- **Tarif d'autorité (TA)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- **Tarif de responsabilité (TR)** pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

BÉNÉFICIAIRE

Personne couverte par le contrat souscrit par l'Adhérente.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Différence entre les frais réels et le tarif de responsabilité ou la base de remboursement de la Sécurité sociale.

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 HOSPITALIER

Forfait fixé par arrêté ministériel, non remboursé par la Sécurité sociale, supporté par les personnes admises dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux 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 1-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la Sécurité sociale (Maisons d'Accueils Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...).

GARANTIE

Engagement de l'Institution, en contrepartie du paiement de la cotisation prévue au contrat, de verser une prestation en cas de dépenses de frais de santé couvertes par le contrat, engagées au cours d'une période d'assurance.

HONORAIRES DE DISPENSATION	Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients. Il existe cinq honoraires de dispensation. Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent, fixée à 70 % ou 100 % par l'assurance maladie obligatoire.
HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION	Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Des honoraires limites de facturation (HLF) sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier 100 % santé.
MALADIE	Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations en nature du régime de base de la Sécurité sociale française.
MÉDECIN CORRESPONDANT	Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin correspondant est celui vers lequel le médecin traitant oriente le patient pour avis. Il peut également assurer des soins programmés avec le médecin traitant ou prendre en charge des séquences de soins spécialisés nécessitées par l'état de santé du patient.
MÉDECIN TRAITANT	Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin traitant, choisi par l'assuré, est consulté en priorité par ce dernier et le suit tout au long de son parcours de soins. il oriente le patient, en cas de besoin, vers un autre praticien, le médecin correspondant.
NOEMIE	« Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs » . Echanges d'informations entre les caisses nationales des régimes obligatoires d'assurance maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de protection sociale.
PMSS (PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)	Valeur utilisée pour le calcul de certaines cotisations sociales et de certaines prestations; son montant, fixé par arrêté, évolue au 1er janvier de chaque année.
PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE	OPTAM/OPTAM-CO «Option tarifaire maîtrisée» (CO pour chirurgie et obstétrique) : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, mis en place par la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, avec l'objectif principal d'améliorer l'accès aux soins; il incite les médecins signataires (essentiellement secteur 2) à modérer leur pratique relative aux dépassements d'honoraires et en contrepartie améliore la prise en charge de leurs patients qui seront remboursés sur la base des tarifs du secteur I.
INSTITUTION(S)	Lorsque le mot Institution est utilisé au singulier, ceci renvoie à celle des Institutions co-assureurs auprès de laquelle entreprise Adhérente a effectivement régularisé son adhésion au régime mutualisé de frais de santé.
PRESTATION	Exécution de la garantie par l'Institution ayant recueilli le contrat de l'Adhérente.

PRIX LIMITE DE VENTE	Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'une prix limite de vente, le prix est libre. Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers 100 % santé ont des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.
SINISTRE	Réalisation d'un évènement susceptible de mettre en jeu une garantie.
SURCOMPLÉMENTAIRE	Couverture supplémentaire destinée à compléter les garanties d'une première assurance sur certains postes.
TARIFAIRE FORFAITAIRE DE RESPONSABILITÉ (TFR)	Montant qui sert de référence pour le remboursement des médicaments de marque en fonction du prix générique correspondant.
TICKET MODÉRATEUR	Différence entre le tarif de responsabilité ou la base de remboursement de la Sécurité sociale, et le remboursement qu'elle effectue.
SÉCURITÉ SOCIALE	Organisme gestionnaire d'un régime de base de Sécurité sociale : régime général, régime Alsace Moselle, Mutualité Sociale Agricole.

TITRE 1
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1
CADRE JURIDIQUE – OBJET

Le présent contrat, régi par le Livre IX, Titre III, du Code de la Sécurité sociale, est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, mis en œuvre en application de l'Accord de Branche du 6 octobre 2010 intégré à la :

Convention collective nationale
des Hôtels, Cafés, Restaurants

Le contrat a pour objet d'assurer aux bénéficiaires définis à l'article 4.2 le remboursement de tout ou partie des frais de santé pris en charge par le régime général de la Sécurité sociale (ou autre régime de base) au titre de l'assurance maladie ; toutefois, les conditions de garanties peuvent prévoir le remboursement de certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale, sous réserve qu'il s'agisse de spécialités ou actes à caractère thérapeutique.

Seules les entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord de Branche peuvent souscrire ce contrat. Toutefois, sous réserve d'un accord préalable de l'Institution, les entreprises ayant un lien direct avec la branche professionnelle et qui appliquent volontairement la convention collective nationale des Hôtels Cafés Restaurants, peuvent également souscrire le contrat.

L'ensemble des contrats souscrits par les entreprises dans le cadre des présentes Conditions générales constituent un périmètre de mutualisation des résultats ; il est établi un compte d'exploitation technique commun. Toute évolution des conditions d'assurance s'applique à l'ensemble des contrats relevant de ce périmètre.

Les prestations sont précisées au Titre 2.

Le présent contrat répond aux critères qualifiant les contrats de responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Il répond en outre aux dispositions de l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale concernant la couverture minimale dite « Panier de soins ».

ARTICLE 2
SOUSCRIPTION DU CONTRAT

Dans la suite du document, l'entreprise souscriptrice est dénommée l'**Adhérente ou l'entreprise Adhérente**.

La souscription du contrat s'effectue auprès de l'une ou l'autre des Institutions co-assureurs.

Le contrat est composé de deux parties indissociables :

- les présentes Conditions générales définissant les conditions de cotisations et de prestations du contrat, les obligations réciproques des parties,
- le Certificat d'adhésion ou Conditions particulières, définissant la date d'effet du contrat, les catégories de personnel effectivement couvertes, les taux de cotisations appelés.

et le cas échéant des avenants y afférant.

Le contrat prend effet à la date indiquée au Certificat d'adhésion ou Conditions particulières et expire au 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1er janvier de chaque exercice civil, sous réserve des dispositions de l'article 10.

ARTICLE 3
MODIFICATIONS DU CONTRAT SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE

3.1 Modifications du contrat

Le contrat a vocation à être conforme aux dispositions conventionnelles dont relève l'employeur. Dans le cas où les partenaires sociaux apportent des modifications à l'Accord de Branche, le présent contrat sera modifié en conséquence.

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet. **L'engagement des Institutions est acquis pour autant que ce cadre perdure**. En cas d'instauration ou de modification par les Pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, les Institutions sont fondées à apporter les aménagements nécessaires, selon le cas, au niveau des cotisations et/ou au niveau des prestations.

Le montant de la cotisation peut être modifié, afin de tenir compte de l'évolution de la consommation médicale ainsi que des résultats techniques et perspectives constatés, pour l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales.

3.2 Avenant au contrat

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé à l'Adhérente.

L'Adhérente dispose d'un délai de trente jours, à compter de l'envoi de l'avenant portant modification, pour signifier expressément à l'Institution son éventuel refus ; le refus entraîne la résiliation du contrat au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le délai susvisé expire. Passé ce délai de trente jours, l'Adhérente est réputée avoir accepté les termes de l'avenant.

ARTICLE 4
AFFILIATION - BÉNÉFICIAIRES

4.1 Affiliation et modification de situation professionnelle

L'Adhérente s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs répondant à la définition précisée à l'article suivant.

Le cas échéant peuvent être affiliés les anciens salariés bénéficiaires du contrat frais de santé précédemment souscrit par l'entreprise, durant la période de maintien de garanties (« portabilité des droits ») restant à courir au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts auprès de l'organisme assureur dont le contrat frais de santé a été résilié, lorsque ce dernier n'assure pas le maintien jusqu'à l'expiration de la période de droits). À cette fin, l'entreprise doit communiquer la liste des anciens salariés concernés.

L'Adhérente est tenue d'informer l'Institution de tout événement affectant les droits à garanties des salariés

affiliés (suspension du contrat de travail, cessation du contrat de travail, etc.) dès qu'elle en a connaissance et ce, afin de permettre la mise à jour de leurs droits et ainsi éviter, selon le cas, tout versement indu ou tout refus de prestations de la part de l'Institution.

L'Entreprise peut effectuer ses déclarations sous forme dématérialisée.

4.2 Bénéficiaires de la garantie

Sont bénéficiaires du contrat les salariés de l'Adhérente, appartenant à la (l'une des) catégorie(s) de personnel définie(s) au Certificat d'adhésion ou Conditions particulières, assujettis au régime général de la Sécurité sociale française, ou au régime local « Alsace Moselle », ou encore au régime de la Mutualité Sociale Agricole, sauf cas de dispense d'affiliation expressément prévu par l'acte juridique ayant instauré le régime et cas de dispense d'affiliation d'ordre public issus des articles L.911-7 III, D.911-2 et D.911-6 du Code de la Sécurité sociale.

Les salariés se prévalant d'une dispense d'affiliation doivent être affiliés au contrat dès qu'ils cessent de justifier de leur situation. Ils peuvent également renoncer ultérieurement et à tout moment à bénéficier de la dispense pour demander par écrit leur affiliation au contrat, cette décision étant alors irrévocable.

Les mandataires sociaux non titulaires d'un contrat de travail mais assimilés aux salariés en application de l'article L. 311-3 du Code de la Sécurité sociale peuvent bénéficier du présent contrat, sous réserve que la catégorie de personnel assurée par le contrat souscrit le permette et que les procédures d'avantages en vigueur pour leur statut spécifique aient été respectées.

4.3 Information des salariés

Conformément à l'article L. 932-6 du Code de la Sécurité sociale, il appartient à l'entreprise adhérente de remettre à chaque assuré la notice d'information établie par les Institutions et de l'informer le cas échéant des modifications apportées à ses droits et obligations en cours de contrat. La preuve de la remise de la notice et de la délivrance de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérente.

ARTICLE 5

PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DURÉE

5.1 Entrée en vigueur des garanties

Pour les salariés tels que définis à l'article 4.2, les garanties prennent effet à la date d'affiliation c'est-à-dire, selon le cas, à :

- la date d'embauche,
- la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier d'une dispense d'affiliation.

5.2 Périodes de suspension du contrat de travail

Les garanties sont suspendues pendant les périodes de suspension du contrat de travail à l'exception des cas de suspension suivants :

5.2.1. suspension du contrat de travail rémunéré

Les garanties continuent à s'appliquer aux salariés 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 l'adhérente,

ou

- en arrêt de travail et indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que l'adhérente, finance au moins pour partie.

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

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien.

Toutefois, aucune cotisation n'est due pour les invalides non radiés des effectifs ne percevant aucune rémunération de l'employeur.

La suspension de garanties prend effet au 1er jour du mois suivant la date de début de suspension du contrat de travail (la cotisation du mois en cours étant due par l'entreprise), ceci afin d'éviter toute rupture de garantie en cas de demande d'adhésion à titre individuel tel que prévu dans l'Accord de Branche. La reprise des garanties et le paiement de la cotisation interviennent à compter du 1er jour du mois de la reprise de l'activité professionnelle.

5.2.2 suspension du contrat de travail non rémunéré 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.

5.3 Cessation des garanties

Les garanties cessent pour chaque assuré au dernier jour du mois au cours duquel survient l'un des événements suivants :

- sortie de la catégorie de personnel assurée ;
- cessation ou rupture du contrat de travail, sauf application des dispositions de l'article 5.4,
- résiliation du présent contrat d'assurance souscrit par l'entreprise Adhérente.

5.4 Maintien des garanties pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage

Le contrat d'assurance organise le maintien de la garantie frais de santé dont peut bénéficier le salarié, en cas de cessation du contrat de travail, sauf hypothèse de faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, dans le respect des dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale :

- la durée du maintien est égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des

derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

- le bénéfice du maintien est subordonné à la condition que les droits à garantie aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- la garantie maintenue est celle en vigueur dans l'entreprise (les éventuelles modifications du contrat, tant à la hausse qu'à la baisse, sont donc applicables aux bénéficiaires du maintien) ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'Institution, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de la garantie, qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier.

Toutefois, par dérogation à la durée précisée ci-dessus et conformément aux dispositions de l'Accord de branche, la durée du maintien accordée par le présent contrat est doublée, dans la limite de douze mois.

L'Adhérente doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à maintien, et notamment attester de la durée du ou des dernier(s) contrat(s) de travail permettant de définir la durée maximale des droits. À cet effet, l'Institution peut mettre en place un formulaire de déclaration nominative.

Il est par ailleurs rappelé que l'Adhérente est tenue, en sa qualité d'employeur, de signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail.

Le maintien cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- cessation du versement des allocations chômage, quel qu'en soit le motif (reprise d'activité professionnelle, prise d'effet de la retraite Sécurité sociale, radiation des listes de Pôle Emploi, décès),
- expiration de la période de droits à laquelle peut prétendre l'ancien salarié,
- résiliation du présent contrat d'assurance.

La cessation d'activité de l'entreprise, sans repreneur et quel qu'en soit le motif (liquidation amiable, liquidation judiciaire…) est sans effet sur les droits à maintien de garantie.

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 droit à maintien.

Le financement du dispositif de maintien est inclus dans la cotisation des salariés en activité (part patronale et part salariale).

5.5 Adhésion à titre individuel en cas de cessation du contrat de travail

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent souscrire un contrat individuel afin de continuer de bénéficier des garanties frais de santé, les anciens salariés bénéficiaires :

- d'une allocation versée par le régime d'assurance chômage,
- ou d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,
- ou d'une pension de retraite,

sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la cessation ou rupture du contrat de travail.

Au cas particulier des anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage et bénéficiant du dispositif de maintien de garantie, le point de départ du délai susvisé est reporté à l'expiration des droits.

L'Institution adresse à l'ancien salarié une proposition de maintien individuel de la garantie, dans les deux mois qui suivent la date de cessation du contrat de travail, pour autant que l'Adhérente l'ait informée au préalable du motif de la cessation du contrat de travail ouvrant droit au dispositif.

L'adhésion individuelle prend effet, sans délai de carence ni formalités médicales, au lendemain de la demande et au plus tôt au 1er jour du mois qui suit la date de cessation du contrat de travail.

Ce dispositif d'adhésion individuelle est géré hors du présent contrat collectif.

ARTICLE 6
COTISATION – DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE

6.1 Cotisation

La cotisation est exprimée sous forme de forfait mensuel (non proratisable), dont le montant est indiqué aux Conditions particulières ou Certificat d'adhésion.

La cotisation mensuelle forfaitaire est due pour chaque salarié bénéficiaire tel que défini à l'article 4.2 quelle que soit sa date d'entrée et sa date de sortie des effectifs salariés de l'entreprise Adhérente ; les prestations sont servies pour le mois entier au cours duquel la cotisation est versée.

Pour tout salarié affilié, la cotisation mensuelle est due au 1er jour d'un mois. Ainsi, lorsqu'un salarié est embauché en cours de mois, la cotisation est due à compter du mois suivant. Lorsque le contrat de travail d'un salarié auprès d'une entreprise Adhérente cesse au cours d'un mois, la cotisation due au titre de ce salarié est versée pour le mois entier.

La cotisation est due également pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui bénéficient, soit d'une indemnisation de la Sécurité sociale, soit d'un maintien de rémunération par l'employeur (cf. article 5.2). Toutefois, la cotisation n'est pas due pour les invalides non radiés des effectifs ne percevant aucune rémunération de l'employeur.

Pour les salariés ayant plusieurs employeurs relevant de la branche et qui ont souscrit un contrat d'assurance dans le cadre des présentes Conditions générales, la cotisation peut être proratisée entre les différents employeurs, sous réserve de justifier de leur pluriactivité, auprès de l'assureur et de leurs employeurs. En cas de rupture ou de cessation du contrat de travail, l'entreprise doit rappeler au salarié qu'il a l'obligation d'informer le ou les autres employeurs qui devront alors modifier la part de cotisation qu'ils acquittent, de façon à ce que la totalité

des quotes-parts perçues à son nom corresponde toujours à la cotisation mensuelle entière.

Pour les salariés à temps partiel n'ayant qu'un seul employeur, la totalité de la cotisation est due, hors cas de dispense d'affiliation bénéficiant aux salariés à temps très partiel qui s'ils étaient affiliés devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Les taux de cotisation sont ajustés en fonction notamment de l'évolution des résultats techniques établis pour l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales.

6.2 Paiement des cotisations

L'Adhérente est seule responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de l'Institution ayant recueilli son adhésion. De ce fait, elle procède à leur calcul et au versement à l'Institution. Les cotisations sont calculées et transmises mensuellement via la DSN et réglées au plus tard trimestriellement à terme échu.

L'Institution procède à l'ajustement des cotisations dues sur la base des informations contenues dans la DSN communiquée par l'Adhérente.

À défaut du paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure est adressée à l'Adhérente par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de non-paiement persistant à l'expiration du délai fixé dans la mise en demeure, l'Institution poursuivra le recouvrement des cotisations par tous les moyens de droit. Les frais afférents seront entièrement à la charge de l'Adhérente.

La garantie accordée par l'Institution peut être suspendue 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, et le contrat résilié 10 jours après la date de prise d'effet de la suspension si le paiement n'est toujours pas intervenu. Les cotisations antérieures à la résiliation restent dues.

6.3 Déclaration en cours d'année

L'Adhérente doit utiliser la Déclaration Sociale Nominative (DSN) pour transmettre mensuellement à l'Institution toutes les informations relatives à l'effectif de la catégorie de salariés assurée, aux mouvements de personnel (embauche, suspension et fin de contrat de travail …). L'adhérente doit informer l'Institution de toute modification d'adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation juridique (fusion, cession, scission…), au plus tard à chaque échéance de cotisations.

ARTICLE 7

PRESTATIONS

Le niveau des prestations est précisé au Titre 2.

7.1 Contrat Responsable & Couverture Minimale

Le contrat est qualifié de contrat « solidaire et responsable ».

Par « solidaire », il faut entendre que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Par « responsable », il faut entendre que le contrat répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Conformément à la réglementation, le contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, **sauf pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 % ou à 30 % et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques)** ;
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R. 160-16-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier ou l'orthoptiste d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique ;
- les prestations 100 % santé ;
- 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 , à l'exclusion des établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 1-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la Sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée…) ;
- le forfait patient urgences.

Le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100 % de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.

Le contrat prend également en charge, en sus des prestations obligatoires du contrat responsable, les niveaux minimums de remboursements suivants :

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

l'assurance maladie, dans la limite des frais exposés par l'assuré.

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

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

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

PRÉCISIONS SUR L'APPLICATION DU 100 % SANTÉ

1. OPTIQUE

A. Généralités

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

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

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

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

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

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

Les verres plans (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 ainsi définis :

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

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

B. Délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par nos soins.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation.	- 1 an suivant la dernière facturation ; - 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entrainant une perte d'efficacité du verre correcteur.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture).	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition **de verres**.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	- Variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; - Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; - Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; - Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; - Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; - Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.	
Constatation de l'évolution de la vue	- Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne ; - Soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier ou l'orthoptiste lors d'un renouvellement de délivrance.	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement **des verres**.	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

2. DENTAIRE

Trois paniers de soins prothétiques sont ci-dessous définis :

- Un panier « 100 % santé » remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes ;
- Un panier aux **tarifs maîtrisés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties ;
- Un panier aux **tarifs libres**, permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

SYNTHÈSE DES PANIERS DE SOINS DENTAIRES		
PANIER 100 % SANTÉ	**PANIER TARIFS MAÎTRISÉS**	**PANIER TARIFS LIBRES**
- Couronne métallique ; - Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1re prémolaire ; - Couronne céramique-monolithique (zircone) hors molaire ; - Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1re prémolaire.	- Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2e prémolaire et molaire ; - Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire ; - Couronne céramo-métallique sur 2e prémolaire.	- Couronne céramo-céramique ; - Couronne céramo-métallique sur molaire ; - Couronne implanto-portée.
Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie.	- Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie ; - Inlay-onlay métallique.	- Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie ; - Inlay-onlay céramique.
- Bridge céramo-métallique sur incisive ; - Bridge métallique pour toute dent.	- Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive ; - Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s).	Bridge céramo-céramique.
Prothèse amovible à plaque base résine.	Prothèse amovible sur châssis métallique.	Prothèse amovible supra implantaire.
Réparations.	Réparations.	Adjonctions.
		Implants.

3. AIDE AUDITIVE

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

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

La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par nos soins. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Toutefois, le contrat ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés) ;
- tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale,
- tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

7.2 Frais de santé pris en charge

Le contrat n'intervient pas pour les actes n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, sauf indication contraire figurant au tableau des prestations, concernant en tout état de cause des spécialités ou actes à caractère thérapeutique.

Pour les postes faisant l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale, le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du montant de base du remboursement et de la législation ou règlementation en vigueur à la date des soins.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie (la date de début des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale doit être comprise dans ladite période). La date des soins et le montant des dépenses engagées sont ceux retenus par la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de cet organisme (ou, pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, figurant sur la facture délivrée par le professionnel de santé).

Les demandes de prestations sont prescrites à l'expiration d'un délai de deux années suivant la date des soins ainsi définie.

En aucun cas l'Institution ne prend en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale.

Concernant les spécialités médicales non remboursées par la Sécurité sociale : les actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie, d'acupuncture et de pédicurie-podologie sont remboursés, dans la limite du montant précisé au tableau de garanties, sous réserve que les praticiens exerçant ces spécialités puissent justifier :

- pour les ostéopathes, d'être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession ;
- pour les chiropracteurs, d'être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropracticiens ou par un institut agréé par l'Union européenne de Chiropracticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC) ;
- pour les étiopathes, d'être reconnus professionnellement et habilités à réaliser de tels actes.
- pour les acupuncteurs, d'être des médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'État appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire ;
- pour les pédicure-podologues, d'être titulaires du diplôme d'État de pédicure podologue (DE), délivré par le ministère de la Santé et reconnu par le Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues

et que la facture nominative, détaillée et acquittée mentionne selon le cas le numéro de SIRET, ADELI ou RPPS du professionnel de santé.

Concernant l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale, seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés , suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état. Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.

Pour les assurés relevant du régime de base Alsace Moselle, le niveau de prestations précisé au Titre 2 est ajusté afin de garantir un niveau de couverture global (régime de base + régime conventionnel) identique pour tout salarié en France, quel que soit son régime social d'appartenance.

Concernant les prestations exprimées sous forme de forfait pour une période donnée (une année, deux années…), le forfait non atteint ou non utilisé sur une période n'est pas reporté lors de la période suivante.

7.3 Principe indemnitaire

Le total des remboursements au titre du présent régime, de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire le cas échéant, ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

Les assurés bénéficiant auprès d'un autre organisme assureur de garanties de même nature peuvent obtenir une indemnisation au titre du présent contrat, dans la limite des frais restant à charge. À cette fin, les décomptes de remboursement établis par un autre organisme assureur doivent être communiqués par l'assuré.

Lorsque les prestations sont exprimées sous forme de forfait ou de pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), celles-ci s'entendent dans la limite des frais restant à charge.

7.4 Modalités de remboursement

Les modalités de remboursement sont détaillées dans la notice d'information établie sous la responsabilité des Institutions et remise par l'employeur, comme indiqué à l'article 4.3.

Lorsque les frais engagés ont fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale avec télétransmission du décompte par cet organisme :

- pour les postes hospitalisation, orthodontie, prothèses dentaires, optique et cure thermale, l'assuré doit adresser systématiquement toutes les pièces justificatives de la dépense ;
- pour les autres postes, l'assuré n'a pas à adresser de pièces justificatives ; l'assuré doit toutefois conserver toutes les pièces justificatives de la dépense qui peuvent lui être demandées lors du traitement du dossier de remboursement (ou ultérieurement tant que la prescription de deux années suivant la date des soins n'est pas acquise).

Lorsque les frais engagés n'ont pas fait l'objet d'une télétransmission par la Sécurité sociale, l'assuré doit

adresser tous les justificatifs correspondants, c'est-à-dire :

- le décompte original de la Sécurité sociale (le cas échéant décompte original d'une autre mutuelle ayant déjà procédé à un remboursement partiel) ;
- la facture détaillée accompagnée du devis préalable (optique, appareil auditif, prothèses, orthopédie, verres de contacts…) ;
- facture détaillée de l'établissement hospitalier et note d'honoraires portant l'acquit du praticien, facture de l'établissement de cure thermale ;
- facture ou ticket de caisse en cas de règlement du seul ticket modérateur.

Pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, l'assuré doit adresser la facture délivrée par le professionnel de santé.

7.5 En cas de cessation des garanties

Lorsque les droits à garanties cessent de façon temporaire ou définitive(cf. articles 5.2 et 5.3), l'entreprise doit, outre en informer l'Institution (cf. article 4.1), rappeler à l'assuré qu'il a l'obligation de restituer la carte de tiers payant et d'aviser les professionnels de santé auxquels il fait habituellement appel afin que ceux-ci mettent à jour leurs fichiers informatiques servant au processus de télétransmission.

Les prestations qui s'avéreraient avoir été indûment versées feront l'objet d'une répétition de l'indu.

7.6 Subrogation

L'Institution est, pour le remboursement des prestations, subrogée dans les droits et actions de l'assuré, contre les tiers responsables d'un accident ayant exposé l'assuré à des dépenses de santé, dans la limite des sommes versées. Dans cette hypothèse, l'assuré doit fournir à l'Institution, dans les meilleurs délais, tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre de la procédure.

7.7 Expertise médicale

L'Institution peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par son médecin-conseil ou tout autre professionnel de santé, en cas de dépenses anormalement élevées et/ou répétées ou encore en cas de suspicion de fraude. Lors de cette expertise, l'assuré a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

Les résultats de l'expertise sont communiqués à l'assuré par lettre recommandée. L'assuré qui conteste ces résultats devra, faute de quoi il est réputé les avoir acceptés, communiquer sous trente jours les coordonnées du médecin chargé de le représenter dans une entrevue amiable avec le médecin-conseil de l'Institution.

En cas de désaccord, il sera formé une commission 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 sont supportés à parts égales entre les deux parties.

En cas de refus de l'assuré de répondre à ce contrôle ou de communiquer les coordonnées de son médecin, ainsi qu'en cas de désaccord persistant sur les résultats du contrôle, il appartient à l'assuré de demander la nomination d'un expert judiciaire, étant précisé que le paiement des prestations en cause sera suspendu tant que n'interviendra pas une décision judiciaire irrévocable.

7.8 Degré élevé de solidarité

Il est prévu un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un haut degré de solidarité et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif, ceci dans la limite des fonds alloués à leur financement.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé à 0,045 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) prélevé sur les cotisations hors taxes au titre du régime conventionnel .

ARTICLE 8
PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L. 932-13 du Code de la Sécurité sociale.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'Adhérente, de l'assuré ou du bénéficiaire contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérente, l'assuré ou le bénéficiaire ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

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 demande d'avis de réception ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception soit que l'Institution adresse à l'Adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré adresse à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 9
TERRITORIALITÉ

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français y compris les départements d'outre mer.

Pour les soins dispensés hors de France, les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires peuvent, après avis du médecin-conseil, être plafonnées à hauteur du prix habituellement pratiqué en France pour des actes et soins équivalents, et ce, que la Sécurité sociale ait ou non accordé sa prise en charge sur la base de son tarif de responsabilité.

Dans tous les cas, sont prises en charge, à hauteur des minima résultant du « contrat responsable », les dépenses préalablement admises au remboursement du régime français de Sécurité sociale dont relève l'assuré. S'agissant de la différenciation du niveau de prise en charge des honoraires au regard de la notion de médecin adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (cf. article 7.1), les dépenses engagées à l'étranger seront remboursées à hauteur des niveaux de remboursement prévus pour les médecins non-adhérents à un tel dispositif.

ARTICLE 10
RÉSILIATION DU CONTRAT

Résiliation par l'Adhérente :

L'Adhérente peut résilier le contrat :

- en cas de refus de nouvelles conditions contractuelles, dans les conditions visées à l'article 3 .2,
- à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en informer l'Institution, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

  L'Adhérente peut adresser sa demande de résiliation :
  - soit par lettre ou tout autre support durable,
  - soit par déclaration faite au siège ou chez le représentant de l'Institution,
  - soit par acte extrajudiciaire,
  - soit, lorsque l'Institution propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. À cet effet, la demande de résiliation du contrat peut notamment être formulée directement sur le site www.hcrbienetre.fr
  - soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

  Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.
- à tout moment après expiration d'un délai de 1 an à compter de la souscription du contrat, dans les conditions énoncées ci-avant.

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

Dans le cadre du présent contrat à adhésion obligatoire l'Adhérente peut, après expiration d'un délai de 1 an à compter de la souscription, résilier le contrat sans frais ni pénalités. La résiliation du contrat prend effet 1 mois après la réception par l'Institution de la notification de l'Adhérente.

Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au contrat, l'Adhérente 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.

Dans le cas où l'Adhérente souhaite résilier un contrat conclu 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 assureur, celui-ci effectue pour le compte de l'Adhérente souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au contrat. Les organismes assureurs intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

D'autre part, l'entreprise souscriptrice du contrat, le cas échéant l'entreprise l'ayant absorbée, doit par écrit informer sans délai l'Institution de tout changement d'activité ayant pour conséquence de la placer en dehors du champ d'application de l'Accord frais de santé (notamment à l'occasion d'opérations de fusion-absorption, de restructuration, de regroupements d'activités...). En pareil cas, le contrat sera résilié au plus tard à l'expiration de la période de survie de douze mois prévue à l'article L .2261-14 du Code du travail.

Résiliation par l'Institution :

L'Institution peut résilier le contrat :

- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions visées à l'article 6.2,
- à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en informer l'Adhérente par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

La résiliation du contrat entraîne à la même date la cessation de la garantie pour l'ensemble des bénéficiaires, salariés et anciens salariés.

Ceux-ci peuvent souscrire un contrat individuel, sans

période probatoire ni formalités médicales, parmi l'offre frais de santé individuelle de l'Institution, sous réserve d'en faire la demande avant la date d'effet de la résiliation.

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation du contrat, l'Adhérente s'engage à en informer l'ensemble des bénéficiaires, salariés et anciens salariés.

ARTICLE 11

CONTRÔLE DES INSTITUTIONS

Malakoff Humanis Prévoyance et KLESIA Prévoyance sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

ARTICLE 12

RÉCLAMATION – MÉDIATION – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

12.1 Réclamation relative à l'application du contrat et médiation

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

La réclamation peut être adressée à :

HCR BIEN ÊTRE

Service Réclamations - TSA 14436

77438 Marne-la-Vallée Cedex 2

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'Institution n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'adhérente, 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.

12.2 Protection des données personnelles

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 et KLESIA Prévoyance (l'Institution) responsables du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

l'Institution a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté :

- pour KLESIA prévoyance : par e-mail à : info.cnil@klesia.fr ou par courrier à : KLESIA Prévoyance, Service INFO CNIL, CS 30027 3108 Montreuil Cedex.
- pour Malakoff Humanis Prévoyance : par e-mail à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

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

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de l'Institution ou d'autres sociétés du groupe de l'Institution ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par l'Institution ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'assuré et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'Institution ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires.

L'Institution s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.
Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, l'Institution utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.
En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.
Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de l'Institution dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.
Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de l'Institution et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.
L'Institution s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.
Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur Sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.
Si des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, l'Institution s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.
Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de l'Institution et des prescriptions légales applicables.
L'Institution 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.

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 :

- pour KLESIA prévoyance : par e-mail à : info.cnil@klesia.fr ou par courrier à : KLESIA Prévoyance, Service INFO CNIL, CS 30027 3108 Montreuil Cedex.
- pour Malakoff Humanis Prévoyance : par e-mail à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet https://www.cnil.fr/fr/agir ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.
L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

TITRE 2
GARANTIES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 13
TABLEAU DES GARANTIES

Les prestations du régime conventionnel obligatoire sont exprimées en complément du Régime obligatoire de la Sécurité sociale française, sauf indication contraire, et, dans la limite des frais engagés.

Pour les assurés relevant du régime de base Alsace Moselle, le niveau de prestations indiqué au tableau ci-dessous est ajusté afin de garantir un niveau de couverture global (régime de base de la Sécurité sociale + régime conventionnel) strictement identique pour tout salarié en France, quel que soit son régime social d'appartenance.

S'agissant des minima et maxima de couverture prévus au « contrat responsable », il est précisé que l'expression des prestations indiquée dans le tableau ci-dessous, ne peut en aucun cas conduire à ce qu'au cas d'espèce, un salarié bénéficie d'un remboursement inférieur à l'obligation minimale de couverture ou supérieur au plafond maximal ; dans cette hypothèse, la prestation effectivement versée serait augmentée ou diminuée à due concurrence, sans que le salarié puisse se prévaloir de l'expression de la garantie pour être remboursé au-delà des maxima.

TABLEAU DES GARANTIES APPLICABLES

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLÉMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (HORS MENTION CONTRAIRE)
HOSPITALISATION EN CAS D'HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITÉ	
▪ Frais de séjour - Frais de séjour - Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	 110 % BR 100 % de la participation forfaitaire
▪ Forfait journalier hospitalier	100 % Frais réels
▪ Frais et honoraires chirurgicaux - Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée **** - Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	 TM + 230 % BRSS TM + 100 % BRSS
▪ Chambre particulière - Non remboursée par la SS - Chambre particulière de nuit (hors maternité) - Chambre particulière de jour (CPA) (hors maternité)	 50 € / jour 50 € / jour
▪ Lit d'accompagnant - Non remboursé par la SS - Frais de lit d'accompagnant	 15 € / jour
▪ Maternité - Chambre particulière (8 jours maximum) - Allocation de naissance ou adoption	 1,5 % PMSS / jour 8 % PMSS / enfant
▪ Forfait patient urgences -FPU- (1)	100 % du forfait
DENTAIRE	
▪ Soins et prothèses dentaires 100 % Santé *	Prise en charge intégrale (2)
▪ Soins - Soins dentaires	 TM
▪ Prothèses autres que 100 % Santé : **Panier maîtrisé (3)** - Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale - Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant) **Panier libre (4)** - Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale - Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	 200 % BRSS (2) 300 % BRSS (2) 200 % BRSS 300 % BRSS
▪ Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : - Par prothèse	 322,50 €
▪ Orthodontie (5) - Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale - Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans)	 166 % BRSS 193,50 € par semestre
▪ Implantologie - Implants dentaires (hors prothèse dentaire)	 300 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES OU ÉQUIPEMENT par oreille Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
▪ Équipements 100 % Santé * - Aides auditives de Classe I ** :	Prise en charge intégrale dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales (8)
▪ Équipements autres que 100 % Santé : Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale **Aides auditives de Classe II ** :** - Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité *** - Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	 400 € par oreille + 65 % BRSS (Minimum TM) 400 € par oreille + 65 % BRSS (Minimum TM)
Accessoires et fournitures :	100 % BRSS

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLÉMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (HORS MENTION CONTRAIRE)
SOINS COURANTS	**TM**
▪ Honoraires médicaux : **Généralistes** - Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée **** - Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée **** **Spécialistes** - Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée **** - Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	 TM + 20 % BRSS TM TM + 20 % BRSS TM
▪ Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, et Actes techniques médicaux - Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée **** - Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	 TM + 20 % BRSS TM
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire
▪ Imagerie médicale, radiologie, échographie - Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée **** - Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	 TM TM
▪ Honoraires paramédicaux : - Auxiliaires médicaux (ex : Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	 TM
▪ Autres honoraires - Séances d'accompagnement psychologiques réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale	 TM
▪ Analyses médicales	TM
▪ Matériel médical inscrit à la Liste des Produits de Prestations - Prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale autres que dentaires et auditives - Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale	 65 % BRSS 100 % BRSS
▪ Médicaments : - Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 % - Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 % - Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	 TM TM TM
Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité sociale	3 % PMSS / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité sociale)	80 € par an / bénéficiaire
Honoraires de dispensation du pharmacien y compris la vaccination antigrippale	TM
▪ Cures thermales - Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	 TM
▪ Frais de transport sanitaire remboursé par la Sécurité sociale - Ambulance, taxi conventionné	 TM
▪ Actes de prévention en application de l'art. R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (9)	TM
▪ Médecine additionnelle et de prévention - Non remboursée par la Sécurité sociale - Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel - Ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, acupuncteur, podologue, psychomotricien, ergothérapeute, homéopathe	300 € / an / bénéficiaire

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLÉMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (HORS MENTION CONTRAIRE)	
OPTIQUE - ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Application des délais de renouvellement définis réglementairement [6] Indemnisation exprimée y compris Sécurité Sociale, sauf précision contraire		
▪ Équipements 100 % Santé * - Monture + 2 verres de tous types (Classe A) **	Prise en charge intégrale dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales [8]	
▪ Équipements autres que 100 % Santé (Classe B) ** **Par verre :**	Dans le réseau de soins [7]	Hors réseau de soins
- Unifocaux : sphère de 0 à 4 et de -4 à 0, quel que soit le cylindre	Frais réels	160 €
- Unifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de -6 à -4,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	160 €
- Unifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de -8 à -6,25,quel que soit le cylindre	Frais réels	222 €
- Unifocaux : sphère au-delà de 8,25 et -8,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	277 €
- Multifocaux : sphère de 0 à 4 et de -4 à 0, quel que soit le cylindre	Frais réels	250 €
- Multifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de -6 à -4,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	288 €
- Multifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de -8 à -6,25,quel que soit le cylindre	Frais réels	300 €
- Multifocaux : sphère au-delà de 8,25 et -8,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	311 €
▪ Monture	100 €	
▪ Lentilles - Lentilles correctrices prescrites remboursées par la SS (y compris jetables) - Lentilles correctrices prescrites non remboursées par la SS (y compris jetables)	273,70 € par an et par bénéficiaire (minimum TM) 250 € par an et par bénéficiaire	
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	100 % BRSS	
ASSISTANCE ET SERVICES		
▪ Assistance et services	Assistance (en cas d'hospitalisation, d'aide aux aidants, de pathologies lourdes et d'immobilisation, soutiens psychologique et parentalité), téléconsultation 24h/24 et 7j/7 et 2nd avis médical	

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
€ : Euro
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. À titre indicatif, le montant du PMSS s'élève à 3864 € en 2024.
TM : Ticket Modérateur

* Tels que définis règlementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.
** Les options de la liste A et de la liste B, et de la classe I et II, sont définies par la réglementation
S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la règlementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même règlementation.
*** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.
**** Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuairesante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(1) FPU : facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entrainant pas d'hospitalisation
(2) Dans la limite des honoraires limites de facturation
(3) Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale, tels que définis réglementairement.
(4) Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale, tels que définis réglementairement.
(5) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
(6) Délai de renouvellement de 2 ans pour les assurés à compter de 16 ans (1 an en en cas d'évolution de la vue), 1 an pour les enfants de moins de 16 ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie (Absence de délai en cas d'évolution liée à l'une des pathologies limitativement définies par arrêté ministériel).
(7) Les niveaux de remboursement dits « frais réels » prévus dans le cadre d'un réseau de soins ne peuvent en aucun cas excéder les plafonds du contrat responsable (R.871-2 du code de la Sécurité sociale).
(8) Dans la limite des prix limites de vente.
(9) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr).

BIEN-ÊTRE HCR

MHP-15241_2312

■ **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
■ **KLESIA Prévoyance**, Institution de prévoyance, régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, ayant son siège social 4 rue Georges Picquart 75017 Paris

malakoff humanis

KLESIA MÉTIERS DU COMMERCE Pro