BIEN-ÊTRE

HCR

NOTICE D'INFORMATION

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

DOCUMENT À COMPLÉTER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR 5

INTRODUCTION 7

LES POINTS CLÉS DE VOTRE GARANTIE 7

où adresser vos demandes portant sur votre affiliation et vos prestations ? . . . 7

BON A SAVOIR : SERVICES ET CONSEILS PRATIQUES 8

quelles sont les pièces à fournir ? . . . 8
quels sont les délais de déclaration ? . . . 8
noemie : pour des remboursements . . . 8
plus rapides . . . 8
la carte de tiers payant . . . 8
le réseau optique . . . 9

VOS AVANTAGES 9

COMMENT ÇA MARCHE ? 9

TABLEAU DES GARANTIES APPLICABLES 10

DISPOSITIONS GÉNÉRALES 13

BÉNÉFICIAIRE – AFFILIATION & EFFET DES GARANTIES 13

qui est bénéficiaire ? . . . 13
quand les garanties prennent-elles effet ? . . . 13

SUSPENSION – CESSATION 13

dans quelles conditions les garanties sont-elles suspendues ? . . . 13
dans quelles conditions les garanties cessent-elles ? . . . 13

MAINTIEN DES GARANTIES 14

maintien des garanties à titre individuel en cas de cessation du contrat de travail . . . 14
maintien des garanties pour les anciens salariés indemnisés par le régime assurance chômage . . . 14

CARACTÉRISTIQUES DES GARANTIES 14

contrat responsable et couverture minimale . . . 14
précisions sur l'application du 100 % santé . . . 15
frais de santé pris en charge . . . 18
principe indemnitaire . . . 19

territorialité 19
expertise médicale 19
degré élevé de solidarité 19
quels sont les délais de prescription ? 19

AUTRES DISPOSITIONS 20

subrogation 20
contrôle des institutions 20
quels sont vos droits d'accès, de rectification et de réclamation ? 20

LEXIQUE 23

ANNEXE 25

DOCUMENT À COMPLÉTER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

IMPORTANT

En qualité de salarié de la société, ...

Je soussigné(e), ...

reconnais avoir reçu la notice d'information frais de santé dans le cadre du contrat collectif obligatoire de l'ensemble des salariés relevant de la Convention Collective Nationale des Hôtels, Cafés, Restaurants.

À ..... le .....

Signature

INTRODUCTION

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, 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 visée ci-dessus.

Les coassureurs suivants proposent un contrat d'assurance respectant les dispositions de l'Accord de Branche :

- 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 du contrat,

- 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,

Les coassureurs ont délégué la gestion des affiliations des salariés, 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.

Pour connaître l'organisme assureur de votre garantie frais de santé vous pouvez vous connecter au site www.hcrsante.fr.

Lors de la mise en place des garanties au sein de votre entreprise, l'Institution à laquelle votre entreprise a adhéré lui a transmis la présente notice d'information, à charge pour elle de la remettre aux salariés bénéficiaires.

LES POINTS CLÉS DE VOTRE GARANTIE

La garantie est collective et obligatoire.

En tant que salarié assuré vous en êtes le seul bénéficiaire.

Pour bénéficier de la garantie, vous devez :

1. appartenir à la catégorie de personnel assurée par le contrat souscrit par l'entreprise ;
2. être titulaire d'un contrat de travail quelle qu'en soit la nature ;
3. relever du régime général de la Sécurité sociale française, ou du régime local « Alsace-Moselle » ou du régime de la Mutualité Sociale Agricole.

Pour plus de précisions sur les dispositions générales reportez-vous à la page 14 et suivantes de la présente notice.

Pour plus d'informations sur le contrat HCR Santé connectez-vous à www.hcrbienetre.fr

OÙ ADRESSER VOS DEMANDES PORTANT SUR VOTRE AFFILIATION ET VOS PRESTATIONS ?

Pour toute demande de renseignements portant sur les prestations de votre garantie frais de santé, vous pouvez contacter :

HCR BIEN-ETRE
TSA 14436
77438 Marne la Vallée Cedex 2

01 44 20 80 63 (numéro non surtaxé)
de 9h à 17h du lundi au vendredi

BON A SAVOIR : SERVICES ET CONSEILS PRATIQUES

QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR ?

■ Pour les soins courants :

Avec le système NOEMIE, vous bénéficiez du remboursement automatisé grâce au transfert des décomptes entre votre caisse de Sécurité sociale et HCR BIEN-ETRE (télétransmission).

Si vous y avez renoncé au moment de votre affiliation vous devez adresser à HCR BIEN-ETRE les décomptes originaux de remboursement de la Sécurité sociale ou décomptes téléchargés sur ameli.fr et, le cas échéant, le décompte original d'un autre organisme assureur ayant déjà procédé à un remboursement partiel.

■ En cas d'hospitalisation, adressez :

→ le bordereau de facturation acquitté ou facture du dépassement d'honoraires acquittée ;

→ l'avis de sommes à payer accompagné de l'attestation de paiement.

■ Pour l'orthodontie, adressez :

→ la facture originale acquittée et détaillée en précisant les dates de début et de fin de traitement ainsi que la codification.

■ Pour les prothèses dentaires, adressez :

→ la facture originale acquittée et détaillée mentionnant les numéros de dents.

■ Pour l'optique, adressez :

→ le décompte de la Sécurité sociale, si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou décompte de la 1ère mutuelle si nous intervenons en 2nde position,

→ la facture détaillée et acquittée,

→ la prescription médicale.

■ Pour la cure thermale, adressez :

→ le décompte de la Sécurité sociale, si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou décompte de la 1ère mutuelle si nous intervenons en 2nde position,

→ la facture détaillée et acquittée.

■ Pour les prestations non prises en charge par la Sécurité sociale, adressez :

→ la facture originale délivrée par le professionnel de santé.

■ Pour le forfait de maternité, adressez :

→ un acte de naissance de l'enfant nouveau-né. Ce forfait est versé autant de fois que d'enfant(s) né(s). Il est étendu aux cas d'adoption plénière dans les mêmes conditions et sur présentation du jugement définitif d'adoption.

■ Veuillez conserver les justificatifs :

HCR BIEN-ETRE peut, à tout moment, demander les justificatifs nécessaires au règlement d'un dossier y compris si vous bénéficiez de remboursements automatisés grâce à la télétransmission.

QUELS SONT LES DÉLAIS DE DÉCLARATION ?

Les demandes de prestations doivent intervenir au plus tard dans les deux ans suivant la date des soins figurant sur le décompte de Sécurité sociale (ou la facture du professionnel de santé, s'agissant des actes non pris en charge par cet organisme).

NOEMIE : POUR DES REMBOURSEMENTS PLUS RAPIDES

Il s'agit du **transfert automatique de vos décomptes de Sécurité sociale** entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et HCR BIEN-ETRE.

Vous bénéficiez de ce service dès votre affiliation.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de ce service vous pouvez y renoncer au moment de votre affiliation ou en adressant une demande écrite à HCR BIEN-ETRE. Dans ce cas, vous devrez adresser vos décomptes originaux de la Sécurité sociale à HCR BIEN-ETRE pour obtenir les prestations complémentaires.

LA CARTE DE TIERS PAYANT

La carte de tiers payant **permet d'éviter l'avance du paiement du ticket modérateur** pour les actes suivants pris en charge par la Sécurité sociale: pharmacie, biologie, radiologie, auxiliaires médicaux, transport et soins externes.

Elle vous **permet également de bénéficier des avantages du réseau Optique et de l'avance des frais** dans la limite de vos garanties, sur présentation à l'opticien partenaire.

Elle est commandée automatiquement à l'ouverture de vos droits, sous réserve que les formalités d'affiliation aient été effectuées.

Important : lorsque vos droits à garanties cessent de façon temporaire ou définitive, vous devez impérativement restituer votre carte de tiers payant et informer les professionnels de santé auxquels vous faites habituellement appel afin que ceux-ci mettent à jour leurs fichiers informatiques.

À défaut, vous serez redevable des prestations versées indûment.

Les prestations du contrat sont exprimées en complément des prestations de la Sécurité sociale, dans la limite du reste à charge (hors pénalités, franchises et contributions).

Les prestations ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

LE RÉSEAU OPTIQUE

VOS AVANTAGES

- dispense d'avance de frais et réponse instantanée sur le reste à charge (tiers payant systématique)
- tarifs préférentiels et reste à charge modéré
- qualité premium des prestations et des équipements
- respect d'une charte qualité exigeante de la part des partenaires de Kalixia
- des partenaires proches de chez vous
- un large choix d'enseignes
- outil de géolocalisation permettant une recherche intuitive des partenaires
- accès facilité aux dernières innovations
- 20 % sur les montures
- jusqu'à 40 % sur les verres
- garantie casse 2 ans verres et montures
- coupure UV obligatoire pour tous les enfants de moins de 16 ans

COMMENT ÇA MARCHE ?

Sur simple présentation de votre carte de tiers payant à un professionnel partenaire du réseau.

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) **	Dans le réseau de soins [7]	Hors réseau de soins
Par verre :		
- 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).

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Cette garantie frais de santé se caractérise par deux aspects essentiels du contrat :

- Il est obligatoire : les employeurs sont tenus d'y affilier la totalité des membres du personnel de l'entreprise relevant de la catégorie assurée.
- Il est collectif : sont bénéficiaires du régime tous les salariés relevant de la catégorie de personnel assurée.

BÉNÉFICIAIRE – AFFILIATION & EFFET DES GARANTIES

QUI EST BÉNÉFICIAIRE ?

Le salarié assuré est le seul bénéficiaire de la garantie frais de santé.

Sont assurés, les salariés de l'Entreprise adhérente (ou les salariés de la catégorie de personnel pour laquelle l'entreprise a adhéré) :

- sauf à justifier d'un des cas de dispense d'affiliation expressément prévus par l'Accord de branche ou les articles L.911-7 III, D.911-2 et D. 911-6 du Code de la Sécurité sociale,
- et assujettis au régime général de la Sécurité sociale française, ou au régime local « Alsace-Moselle », ou encore au régime de la Mutualité Sociale Agricole.

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 adhésion au régime, cette décision étant alors irrévocable.

Le cas échéant, sont affiliés à la date d'effet du contrat, les anciens salariés qui à cette date demeurent bénéficiaires d'une période de maintien de garanties restant à courir au titre de la Portabilité (sauf dans le cas où l'assureur précédent assure le maintien jusqu'à expiration de la période de droits au dispositif).

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 de la garantie frais de santé, 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.

QUAND LES GARANTIES PRENNENT-ELLES EFFET ?

Les garanties prennent effet, sans pouvoir être antérieures à la date d'effet du contrat souscrit par l'entreprise, à la date d'affiliation c'est-à-dire selon le cas :

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

SUSPENSION – CESSATION

DANS QUELLES CONDITIONS LES GARANTIES SONT-ELLES SUSPENDUES ?

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

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.

La suspension de garanties prend effet au 1er jour du mois suivant la date de début de suspension du contrat de travail, ceci afin d'éviter toute rupture de garantie en cas de demande d'adhésion à titre individuel pour la durée de la suspension du contrat de travail. La reprise des garanties intervient à compter du 1er jour du mois de reprise de l'activité professionnelle.

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.

DANS QUELLES CONDITIONS LES GARANTIES CESSENT-ELLES ?

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 maintien des garanties au titre des dispositifs définis ci-après,**
- **résiliation du contrat d'assurance souscrit par l'entreprise.**

MAINTIEN DES GARANTIES

MAINTIEN DES GARANTIES 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,
- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,
- 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 bénéficiant du dispositif de portabilité ci-après décrit, le point de départ du délai susvisé est reporté à l'expiration des droits à portabilité.

HCR BIEN-ETRE 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'Entreprise l'ait informé 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.

MAINTIEN DES GARANTIES POUR LES ANCIENS SALARIÉS INDEMNISÉS PAR LE RÉGIME ASSURANCE CHÔMAGE

Le contrat organise le **maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail**, sauf hypothèse de faute lourde, **ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage**, conformément au dispositif de Portabilité défini par 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. Toutefois, par dérogation à **la durée précisée ci-dessus et conformément aux dispositions de l'Accord de branche, la durée du maintien est doublée, dans la limite de douze 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 HCR BIEN-ETRE, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de la garantie, qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier.

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 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.

CARACTÉRISTIQUES DES GARANTIES

CONTRAT RESPONSABLE ET 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 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la Sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée…) ;
- 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	VERRES COMPLEXES	VERRES TRÈS COMPLEXES
- 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.	- 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.	- 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 l-8Dl 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. 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. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

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 aux tableaux des garanties, 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 Sécurité sociale 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'ostéopathie 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 Chiropraticiens 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 tableau des garanties est ajusté afin de garantir un niveau de couverture global (régime de base Sécurité sociale + 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.

PRINCIPE INDEMNITAIRE

Le total des remboursements au titre du contrat, 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 régime, 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.

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 pris 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 des honoraires au regard de la notion de médecin adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, les actes effectués à l'étranger seront remboursés à hauteur des niveaux de remboursement prévus pour les médecins non adhérents à un tel dispositif.

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.

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.

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

QUELS SONT LES DÉLAIS DE 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 ignorée 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.

AUTRES DISPOSITIONS

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.

CONTRÔLE DES INSTITUTIONS

Les deux Institutions de prévoyance assurant le contrat frais de santé sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

QUELS SONT VOS DROITS D'ACCÈS, DE RECTIFICATION ET DE RÉCLAMATION ?

■ 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 Prévoaynce (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 email à : info.cnil@klesia.fr ou par courrier à : KLESIA Prévoyance, Service INFO CNIL, CS 30027 3108 Montreuil Cedex.

- Pour Malakoff Humanis Prévoyance : par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

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

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de 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 email à : info.cnil@klesia.fr ou par courrier à : KLESIA Prévoyance, Service INFO CNIL, CS 30027 3108 Montreuil Cedex.
- Pour Malakoff Humanis Prévoyance : par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

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

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

Réclamation relative à l'application du contrat d'assurance :

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 ETRE
Service Réclamations - TSA 14436
77438 MARNE LA VALLEE 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.

LEXIQUE

100 % santé Dispositif 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, 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 Entreprise qui adhère au contrat frais de santé pour le compte de son personnel défini au certificat d'adhésion ou conditions particulières, s'engage à verser les cotisations du contrat collectif et dont le représentant habilité signe le bulletin d'adhésion.

Assuré Membre du personnel relevant de la catégorie de personnel assurée, le cas échéant ancien salarié au titre du dispositif de Portabilité.

Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.
On parle de :

- → **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 la garantie du régime de frais de santé lors de l'engagement des dépenses de santé.

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

Dispositifs 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 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la Sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée…)

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

Nomenclatures Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement (exemple : la CCAM)

Parcours de soins coordonnés Parcours, faisant notamment intervenir le médecin traitant, que doit suivre l'assuré pour ne pas supporter certaines pénalités de remboursement de la Sécurité 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 1.

Prestation Montant remboursé à l'assuré par l'Institution en application de ses garanties.

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'un prix limite de vente, le prix est libre.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers 100 % santé ont des prix limite 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 de l'événement susceptible de mettre en jeu une garantie.

Surcomplémentaire Couverture supplémentaire destinée à compléter les garanties d'une première assurance sur certains postes.

Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) Montant qui sert de référence pour le remboursement des médicaments de marque en fonction du prix du générique correspondant.

Ticket Modérateur (TM) Différence entre le tarif de responsabilité ou la base de remboursement de la Sécurité sociale, et le remboursement qu'elle effectue.

ANNEXE

BASE LÉGALE DU TRAITEMENT FINALITÉS	DURÉES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
EXÉCUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE		
- l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ; - la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les co-assureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ; - la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ; - l'élaboration de statistiques et études actuarielles ; - l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ; - la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits.	5 ans à compter de la fin du contrat	- les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, - les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, - les prestataires, - les sous-traitants, ou les entités des groupes Malakoff Humanis et KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions, - les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, - les co-assureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties, - les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité, - les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux. - les souscripteurs, les assurés, les adhérents et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants, - s'il y a lieu les bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat, - s'il y a lieu le responsable, les victimes et leurs mandataires ; les témoins, les tiers intéressés à l'exécution du contrat. - s'il y a lieu les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, - les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir, - les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne.
OBLIGATION LÉGALE RÉGLEMENTAIRE ET ADMINISTRATIVE		
- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.	Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) : - 5 ans à compter de la clôture du compte ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des clients.	- les personnes en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les clients dont ils ont la charge ; - les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée ; - les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment ; - la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor ; - les autorités de contrôle compétentes ; - les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilitées.
BASE LÉGALE DU TRAITEMENT		

FINALITÉS	DURÉES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
INTÉRÊT LÉGITIME DU RESPONSABLE DE TRAITEMENT		
La mise en place d'actions de prévention	Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions.	- les personnels habilités des groupes, Malakoff Humanis, KLESIA, et HCR BIEN-ETRE ; - les sous-traitants, ou les entités des groupes, Malakoff Humanis et KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions.
La gestion de notre relation commerciale	**Pour les clients :** - 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale. **Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) :** - 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect.	- les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ; - les services chargés du contrôle ; - les sous-traitants et les partenaires ; - les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.
La lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités des groupes, Malakoff Humanis, KLESIA, et HCR BIEN-ETRE	- 6 mois à compter de l'émission de l'alerte. ou - 5 ans à compter de la clôture du dossier Fraude. ou - 2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire. - Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude : 5 ans à compter de l'inscription.	- les personnels en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrats et de sinistres ; - les autres entités des groupes, Malakoff Humanis, KLESIA, et HCR BIEN-ETRE dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude ; - les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne ; - les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs ; - le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux ; - le personnel habilité des sous-traitants ; - les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude ; - les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux ; - les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude ; - les auxiliaires de justice et officiers ministériels ; - l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; - les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; - s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants ; - l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; - les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; - s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants.
La prospection commerciale pour les produits et services des Groupes Malakoff Humanis, KLESIA, et HCR BIEN-ETRE analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits	**Pour les clients :** - 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale **Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) :** - 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect	- les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ; - les services chargés du contrôle. - les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures - les entités des groupes Malakoff Humanis, KLESIA, et HCR BIEN-ETRE ; - les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs.

BASE LÉGALE DU TRAITEMENT		
FINALITÉS	DURÉES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
CONSENTEMENT		
La prospection commerciale	Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement En l'absence du retrait du consentement : **Pour les clients :** - 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale. **Pour les prospects :** - 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect.	- les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ; - les services chargés du contrôle ; - les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures ; - les entités des groupes Malakoff Humanis, KLESIA, et HCR BIEN-ETRE ; - les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.

FAITES BÉNÉFICIER VOTRE FAMILLE D'UNE COUVERTURE SANTÉ ET/OU AMÉLIOREZ VOTRE NIVEAU DE GARANTIES

Si votre employeur n'a pas souscrit de contrat collectif complétant les garanties HCR santé, nous vous proposons des solutions :

- Améliorez votre niveau de garanties en souscrivant un des 3 contrats surcomplémentaires.
- Couvrez votre famille en souscrivant un contrat équivalent à celui du présent contrat ou à un des 3 contrats surcomplémentaires.
- Maintenez votre couverture et éventuellement celle de vos ayants droit en cas de suspension ou de rupture de votre contrat de travail.

Exemple 1
Vous souhaitez être mieux remboursé pour la garantie « prothèses dentaires », vous pouvez souscrire un régime surcomplémentaire.

Exemple 2
En qualité de salarié vous êtes seul à bénéficier du contrat HCR Santé. Vous avez la possibilité de souscrire un régime pour votre famille.

Exemple 3
Vous quittez votre société et souhaitez maintenir une couverture identique à celle de votre entreprise, vous pouvez souscrire un contrat Anciens salariés sans carence, ni formalité médicale (vérifiez en préalable si vous êtes éligible à la portabilité).

Memo

Memo

Memo

Memo

BIEN-ÊTRE

HCR



MHP-15242_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 691181
- **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

KLÉSIA MÉTIERS DU COMMERCE Pro