

Convention collective nationale des Industries et du Commerce de la Récupération

Frais de santé

CONDITIONS GÉNÉRALES n°16640
aux contrats d'assurance collectifs

« Socle » à adhésion obligatoire

« Surcomplémentaire » à adhésion facultative

Personnel non-cadre

Assurés par MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Sommaire

LEXIQUE.....	4
PRÉAMBULE	10
PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS INTRODUCTIVES	11
ARTICLE 1. CARACTERE DE L'ADHESION ET NATURE DU CONTRAT	11
ARTICLE 2. OBJET DU CONTRAT	11
ARTICLE 3. ADHESION.....	12
DEUXIEME PARTIE CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE.....	13
ARTICLE 4. OBJET DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	13
ARTICLE 5. DUREE DU CONTRAT - RENOUELEMENT.....	13
ARTICLE 6. CONDITIONS D'AFFILIATION DES ASSURES.....	14
6.1. Obligations d'information du souscripteur	14
6.2. Information des assurés.....	15
6.3. Affiliation des membres du personnel.....	15
ARTICLE 7. BENEFICIAIRES.....	16
7.1. Conditions d'affiliation et de modification des bénéficiaires.....	16
7.2. Cessation de l'affiliation des ayants droit	16
ARTICLE 8. ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN	17
8.1. Prise d'effet des garanties	17
8.2. Conditions de suspension des garanties	17
ARTICLE 9. CESSATION DE L'AFFILIATION	19
ARTICLE 10. MAINTIEN DES GARANTIES SANTE DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE.....	19
10.1. Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »	19
10.2. Maintien des garanties santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989.....	20
ARTICLE 11. ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	21
ARTICLE 12. PAIEMENT DES COTISATIONS DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE.....	21
ARTICLE 13. REVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE	22
13.1. Modification du régime conventionnel	22
13.2. Modification du cadre législatif et/ou réglementaire.....	22
13.3. Modalités de révision.....	22
ARTICLE 14. RESILIATION DU CONTRAT SOCLE COLLECTIF OBLIGATOIRE.....	22
14.1. Non-paiement des cotisations	22
14.2. Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde du souscripteur	22
14.3. Effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat.....	23
TROISIEME PARTIE CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF	24
ARTICLE 15. OBJET DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF.....	24
ARTICLE 16. DUREE DU CONTRAT - RENOUELEMENT.....	24
ARTICLE 17. PERSONNES COUVERTES AU TITRE DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF	25
ARTICLE 18. CONDITIONS D'AFFILIATION DES ASSURES.....	25
18.1. Obligations d'informations du souscripteur.....	25
18.2. Information des assurés.....	25
ARTICLE 19. ADHESION INDIVIDUELLE DES PERSONNES AU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF	25

ARTICLE 20. <i>BENEFICIAIRES</i>	25
ARTICLE 21. ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES DU <i>CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE</i> COLLECTIF FACULTATIF	26
ARTICLE 22. DUREE ET RENOUELEMENT DE L'ADHESION INDIVIDUELLE DE L'ASSURE	26
22.1. Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle de l'assuré	26
22.2. Cessation de l'adhésion individuelle de l'assuré	26
ARTICLE 23. DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	27
ARTICLE 24. MAINTIEN DU <i>CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE</i> COLLECTIF FACULTATIF	27
24.1. Maintien des garanties santé au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale « Portabilité des droits »	27
24.2. Maintien des garanties Santé	27
ARTICLE 25. ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS DU <i>CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE</i> COLLECTIF FACULTATIF	28
ARTICLE 26. PAIEMENT DES COTISATIONS DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF	28
26.1. Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès du <i>souscripteur</i>	28
26.2. Lorsque l'appel des cotisations du contrat est effectué auprès de l'assuré	29
ARTICLE 27. REVISION DES COTISATIONS AFFERENTES AU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF	29
ARTICLE 28. RESILIATION DU CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE COLLECTIF FACULTATIF	29
28.1. Non-paiement des cotisations	29
28.2. Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde du <i>souscripteur</i>	29
28.3. Effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat	29
QUATRIEME PARTIE DISPOSITIONS COMMUNES AUX DEUX CONTRATS	31
ARTICLE 29. CHAMP D'APPLICATION	31
ARTICLE 30. RECOURS - PRESCRIPTION	31
ARTICLE 31. FAUSSE DECLARATION	32
ARTICLE 32. DECHEANCE	32
ARTICLE 33. RECLAMATIONS - MEDIATION	32
ARTICLE 34. CONTROLE DE L' <i>ORGANISME ASSUREUR</i>	32
ARTICLE 35. DISPOSITIONS DIVERSES	33
CINQUIEME PARTIE DEFINITIONS DES GARANTIES	35
ARTICLE 36. CHAMP D'APPLICATION	35
ARTICLE 37. CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	35
ARTICLE 38. GARANTIES FRAIS DE SANTE	35
38.1. Objet et conditions des garanties	36
38.2. Soins engagés hors de France	39
ARTICLE 39. DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE	39
ARTICLE 40. RISQUES EXCLUS	39
ARTICLE 41. MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	39
41.1. Services de Tiers Payant	39
41.2. La prise en charge hospitalière	40
41.3. Demande de remboursement	40
41.4. Justificatifs et contrôle	41

Lexique

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

Principaux termes utilisés :

- Organisme assureur** | **Malakoff Humanis Prévoyance**,
Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale,
Siège 21 rue Laffitte 75009 Paris – N° SIREN 775 691 181 ;
Le contrat est régi par le **Code de la sécurité sociale**.
Dans la suite du texte, les termes « membre adhérent » et « membre participant »
définis à l'article L931-3 du Code de la sécurité sociale seront remplacés
respectivement par « *souscripteur* » et « *assuré* » ;
- Souscripteur** | L'entreprise relevant de la Convention collective nationale des Industries et du
Commerce de la Récupération, signataire du contrat d'adhésion ou des conditions
particulières, qui a conclu le *contrat d'assurance* avec l'*organisme assureur* au
bénéfice des assurés.
- Catégorie assurée** | L'ensemble des salariés non cadres du *souscripteur* appartenant à la *catégorie
assurée* définie au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières
- Assuré** | La personne physique, affiliée au contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et
appartenant à la *catégorie assurée*.
- Ayants droit** | **Le conjoint est :**
- le conjoint de l'*assuré* marié, non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable
dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), à la date de l'évènement donnant lieu à
prestation,
 - le partenaire lié à l'*assuré* par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs),
 - le concubin de l'*assuré* vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le
concubin et l'*assuré* soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps
judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un
an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée
d'un an est supprimée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union, ou lorsque
le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.
- Pour les couples travaillant dans l'entreprise, l'un des deux membres du couple
peut être affilié en propre, l'autre pouvant l'être, dans ce cas, en tant qu'ayant droit.

Les enfants à charge :

Sont considérés comme enfants à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'*assuré*, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie :

- jusqu'à leur 18ème anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26ème anniversaire sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré :
 - inscrits auprès de Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi,
 - ou stagiaires de la formation professionnelle,
 - d'être employé dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés,
- sans limitation d'âge lorsque l'enfant à charge de l'*assuré* est reconnu avant son 26ème anniversaire en invalidité équivalente à l'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité Sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civil ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité ».

Bénéficiaires

- L'*assuré*
- Les *ayants droit*, tels que définis ci-avant, sous réserve des dispositions mentionnées à l'article 8.1. « Prise d'effet des garanties ».

Accord frais de santé

L'accord frais de santé du 10 octobre 2019 à la Convention Collective Nationale des Industries et du Commerce de la Récupération.

Contrat Socle

C'est le contrat collectif complémentaire à adhésion obligatoire qui intervient immédiatement après la *Sécurité sociale* et avant un éventuel *contrat surcomplémentaire*. Les dispositions de ce contrat sont conformes à l'accord frais de santé.

Le contrat socle se compose de 2 niveaux de couverture au choix de l'entreprise :

- Base conventionnelle
- Base conventionnelle + Option

Dans la suite du texte, le contrat sera décrit comme étant le contrat « socle ».

Contrat surcomplémentaire | C'est le contrat surcomplémentaire à adhésion facultative prévoyant la faculté pour le salarié d'améliorer les garanties et celles de ses *ayants droit*, selon le choix opéré par le *souscripteur* dans le cadre du contrat « Socle ».

En fonction du choix du souscripteur, l'*assuré* peut demander à atteindre un niveau de couverture supérieur dit « Option ».

Ce contrat intervient sous déduction du remboursement opéré par la *Sécurité sociale* et le *contrat socle* dans la limite des frais réels. Les dispositions de ce contrat sont conformes à l'*accord frais de santé*.

Dans la suite du texte, le contrat sera décrit comme étant le contrat « surcomplémentaire ».

Autres termes utilisés :

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

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

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

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

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

Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur annuaire.sante.ameli.fr.

Dispositifs mon 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 « MonPsy ».

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

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

Forfait journalier hospitalier | Le forfait journalier hospitalier est pris en charge pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, à l'exclusion des établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de de la sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...)

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

Franchise | La *franchise* est une somme déduite par la *Sécurité sociale* de ses remboursements sur les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

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

Voir aussi *participation forfaitaire*

Maladie | Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité | Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance *maternité*.

Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) | Ce montant est calculé ainsi :
[Base de remboursement (BR)] x [Taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale].

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

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

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

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

Participations forfaitaires | - Participation forfaitaire d'un Euro :
Montant forfaitaire non remboursé par la *Sécurité sociale* qui concerne les consultations, les *actes* des médecins et les *actes* biologiques.

Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'organisme assureur.

- Participation forfaitaire « *actes lourds* »

Ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les *actes* supérieurs au montant fixé par l'État et dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.

Cette participation forfaitaire est remboursée par l'*organisme assureur*.

Plafond annuel de la Sécurité sociale | Plafond de la *Sécurité sociale* est un montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1er janvier. Il est utilisé pour :

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

Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr

Portabilité	Dispositif qui permet le maintien des garanties frais de santé aux anciens salariés demandeurs d'emploi et <i>bénéficiaires</i> de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale pendant une certaine durée.
Prestations en nature	Remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les <i>bénéficiaires</i> .
Procédures collectives	Procédures de sauvegarde, redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L621-1 et suivants, L631-1 et suivants, L641-1 et suivants du Code de commerce et consultables sur le site www.légifrance.fr
Reste à charge	<p>Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'<i>assuré</i> après le remboursement de la <i>Sécurité sociale</i>. Il est constitué :</p> <ul style="list-style-type: none"> • du ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par la Sécurité sociale) ; • de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ; • des éventuels dépassements d'honoraires ou tarifaires ; • de l'éventuel forfait journalier hospitalier ; • des frais liés aux soins et prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. <p>L'organisme assureur couvre, selon le caractère responsable et solidaire du contrat ou non et selon les postes de garanties, tout ou partie du reste à charge.</p> <p>La participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'organisme assureur.</p>
Secteur conventionné	L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la <i>Sécurité sociale</i> et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce <i>secteur conventionné</i> , les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la <i>Sécurité sociale</i> . Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la <i>Sécurité sociale</i> . Le <i>ticket modérateur</i> et le dépassement de la base de remboursement du <i>régime obligatoire</i> sont à la charge des <i>bénéficiaires</i> .
Secteur non conventionné	L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la <i>Sécurité sociale</i> et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des <i>actes</i> par la <i>Sécurité sociale</i> est alors effectué sur une base minorée.
Sécurité sociale (Régime obligatoire)	Régime général ou local de <i>Sécurité sociale</i> française dont dépendent les <i>bénéficiaires</i> .
Service médical rendu (S.M.R.) :	Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par la <i>Sécurité sociale</i> .
Sinistre	La survenance des soins.
Support durable	Tout instrument permettant à l'utilisateur de services de paiement de stocker les informations qui lui sont personnellement adressées d'une manière telle que ces informations puissent être consultées ultérieurement pendant une période adaptée à leur finalité et reproduites à l'identique ;
Ticket Modérateur	Participation de l' <i>assuré</i> aux tarifs définis par la <i>Sécurité sociale</i> pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite, majorée ou supprimée dans certains cas mentionnés au Code de la sécurité sociale.

Le Ticket Modérateur est égal à la différence entre la Base de Remboursement de la *Sécurité sociale* (BR) et le Montant Remboursé (MR) par celle-ci.

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

Ce « glossaire » est consultable sur :

<https://unocam.fr/glossary/>

PRÉAMBULE

Votre entreprise relève de la **Convention Collective Nationale des Industries et du Commerce de la Récupération**.

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré un régime conventionnel frais de santé, au bénéfice des salariés non cadres des entreprises relevant du champ d'application de l'*Accord frais de santé*.

En outre, conformément à la Convention Collective Nationale des Industries et du Commerce de la Récupération, l'*organisme assureur* offre également la possibilité à l'entreprise de souscrire des renforts complémentaires aux garanties du régime conventionnel frais de santé.

L'employeur relevant de la **Convention Collective Nationale des Industries et du Commerce de la Récupération**, adhère au(x) contrat(s) frais de santé mis en œuvre par Malakoff Humanis Prévoyance.

Les présentes Conditions Générales fixent les conditions dans lesquelles l'*organisme assureur* garantit aux assurés et le cas échéant à leurs *ayants droit* les prestations frais de santé prévues par la Convention Collective Nationale et offre collectivement, des renforts complémentaires aux garanties du régime conventionnel frais de santé.

Première partie

Dispositions introductives

ARTICLE 1. Caractère de l'adhésion et nature du contrat

Selon les modalités choisies par le *souscripteur* et rappelées dans le contrat d'adhésion ou les conditions particulières, le contrat souscrit est :

- Soit un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire (« *contrat socle* »),
- Soit un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative (« *contrat surcomplémentaire* »).

La nature du contrat peut être :

- Soit complémentaire (« *contrat socle* » tel que défini au Lexique),
- Soit surcomplémentaire (« *contrat surcomplémentaire* » tel que défini au Lexique).

Les *ayants droit* peuvent bénéficier des garanties du(des) contrat(s) à titre facultatif.

Le *contrat socle* collectif obligatoire et, s'il est souscrit par le *souscripteur*, le *contrat surcomplémentaire* collectif sont des contrats juridiquement distincts dont les souscriptions interviennent par la signature de contrats différents. La seule souscription du ***contrat socle* collectif obligatoire** n'emporte pas l'adhésion au *contrat surcomplémentaire* collectif, et la résiliation du *contrat surcomplémentaire* collectif n'emporte pas la résiliation du *contrat socle* collectif obligatoire. Les présentes conditions générales contiennent donc deux contrats différents.

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

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

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

Les garanties ont pour objet le remboursement des frais de santé.

Le présent contrat est régi par les dispositions du Code de la Sécurité Sociale.

ARTICLE 2. Objet du contrat

Le(s) contrat(s) a(ont) pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'*organisme assureur* accorde aux membres de la *catégorie assurée* le remboursement de tout ou partie de frais de santé à hauteur des garanties souscrites et dans la limite de la dépense réellement engagée

Il(s) se compose(nt) de deux parties indissociables :

- **les conditions générales**, qui définissent les obligations des parties ainsi que les modalités d'application des garanties proposées.
Elles se composent des présentes conditions générales communes (4^{ème} partie), complétées des conditions générales spécifiques applicables au contrat choisi (2^{ème} ou 3^{ème} partie).
- **le(s) contrat(s) d'adhésion ou les conditions particulières** qui comportent notamment :
 - le caractère obligatoire ou facultatif de l'affiliation des salariés,

- le caractère facultatif de la couverture des *ayants droit*,
- la nature du contrat : complémentaire (*contrat socle*) ou *surcomplémentaire*,
- le caractère responsable du contrat
- la date d'effet du contrat,
- la définition de la *catégorie assurée*,
- les garanties choisies, la nature et le montant des prestations,
- les cotisations correspondantes aux garanties souscrites.

Le(s) contrat(s) frais de santé est(sont) susceptible(s) d'être complété d'avenants venant modifier les dispositions de celui-ci (ces derniers).

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

Le montant de la cotisation relative à la garantie assistance respecte le plafond de la doctrine administrative permettant au souscripteur de bénéficier des exonérations de cotisations sociales conformément à l'article L.242-1 alinéas 6 à 8 du Code de la sécurité sociale.

ARTICLE 3. Adhésion

Afin d'adhérer au(x) contrat(s), l'entreprise devra retourner à l'*organisme assureur* le(s) contrat(s) d'adhésion ou les conditions particulières, dûment rempli(s), daté(s) et signé(s).

L'adhésion est acquise à l'entreprise, ci-après dénommée « le *souscripteur* » à la date d'effet indiquée au(x) contrat(s) d'adhésion ou aux conditions particulières contresigné(s) et retourné(s) à l'employeur et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Le *contrat socle* prévoyant différents niveaux de couverture pouvant être souscrites à titre obligatoire par l'entreprise, cette dernière effectue son choix au moment de son adhésion sur son contrat d'adhésion ou ses conditions particulières.

Deuxième partie

Contrat socle collectif obligatoire

ARTICLE 4. Objet du contrat socle collectif obligatoire

Les partenaires sociaux de la Convention collective nationale des Industries et du Commerce de la Récupération ont signé un accord paritaire national en date du 10 octobre 2019, instaurant un régime de Frais de santé au profit du personnel *assuré*.

Le *contrat socle* prévoyant différents niveaux de couverture pouvant être souscrits à titre obligatoire par le *souscripteur*, ce dernier effectue son choix au moment de son adhésion sur son contrat d'adhésion ou ses conditions particulières.

Le choix effectué par le *souscripteur* est définitif pour l'année en cours. Le changement de niveau de couverture est possible à effet du 1^{er} janvier sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.

ARTICLE 5. Durée du contrat - renouvellement

Le *contrat socle* collectif obligatoire de l'employeur expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties. Chacune des parties signataires du présent contrat peut résilier le contrat DEUX mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi).

Les dispositions ci-après 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.

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

Lorsque le *souscripteur* a le droit de résilier le contrat, la notification de la résiliation peut être effectuée, au choix :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'*organisme assureur* ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque l'*organisme assureur* propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La résiliation à l'initiative de l'*organisme assureur* s'effectue par lettre recommandée.

La dénonciation de l'adhésion au *contrat socle* collectif obligatoire emporte nécessairement la dénonciation de l'adhésion au *contrat surcomplémentaire* collectif.

Le contrat prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles des articles 12 « Paiement des cotisations du *contrat socle* collectif obligatoire » et 13 « Révision du contrat ».

En cas de changement d'activité plaçant le souscripteur en dehors du champ d'application de la Convention collective, l'entreprise devra notifier ce changement à l'organisme assureur qui aura valeur de demande de résiliation.

Si le *souscripteur* souhaite résilier le contrat frais de santé conclu ou l'assuré dénoncer son affiliation (dans le cadre du contrat surcomplémentaire à adhésion facultative) pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte du *souscripteur* souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au contrat. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

ARTICLE 6. Conditions d'affiliation des assurés

6.1. Obligations d'information du souscripteur

6.1.1. Obligations générales

Le *souscripteur* doit :

- adresser à l'*organisme assureur* un exemplaire du contrat dûment signé,
- s'acquitter de la cotisation,
- s'engager à remettre à chacun de ces salariés la notice d'information et, le cas échéant un bulletin de choix d'options selon le choix opéré par le *souscripteur* dans le cadre du *contrat socle*.

6.1.2. Obligations déclaratives

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

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

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

■ A la souscription du contrat

Le *souscripteur* doit adresser à l'*organisme assureur* dans un délai maximum de trente jours après la date d'effet du contrat :

- la liste nominative du personnel assurable avec indication pour chaque intéressé de ses nom, prénom, date et lieu de naissance, de sa situation de famille.

La liste précitée doit impérativement indiquer si :

- le contrat de travail est suspendu, avec indication de la date d'effet de la suspension et du motif,
 - l'*assuré* bénéficie du dispositif « cumul emploi-retraite »,
 - les anciens salariés bénéficient d'un maintien de leurs droits à un contrat collectif au titre de la *portabilité*.
- les éventuels formulaires individuels d'affiliation doivent être régularisés par la totalité des personnes répondant à la définition des personnes assurables à la date d'effet du contrat.

■ En cours de contrat

Le *souscripteur* doit déclarer les mouvements de ses effectifs entrants et sortant dans la *catégorie assurée* et signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des *assurés*.

Les éléments ci-dessous mentionnés doivent être fournis par les flux mensuels *DSN*.

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

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

Si les éléments d'affiliation ne sont pas transmis à l'*organisme assureur* dans le délai de trente jours après la date de l'événement ou s'ils sont incomplets, l'affiliation ne prend effet qu'après l'accord exprès de l'*organisme assureur* et à compter de la date prévue dans celui-ci.

6.2. Information des assurés

Le *souscripteur* reconnaît avoir été informé par l'*organisme assureur* des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article L 932-6 du Code de la Sécurité Sociale, en sa qualité de *souscripteur* du contrat.

Conformément à ces dispositions, le *souscripteur* s'engage à remettre à chaque *assuré* la notice d'information qui lui a été communiquée par l'*organisme assureur*.

Le *souscripteur* s'engage à porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l'addenda modificatif de ladite notice ou la nouvelle notice d'information rédigée par l'*organisme assureur*.

Le *souscripteur* est seul responsable à l'égard de l'*assuré* en l'absence de remise de la notice d'information ou de l'addenda modificatif de celle-ci.

6.3. Affiliation des membres du personnel

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

Sont concernés les salariés en activité, les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident indemnisés par la Sécurité sociale, les salariés durant leur congé de maternité ou de paternité ainsi que les salariés en formation à l'extérieur de l'entreprise (projet de transition professionnelle (PTP)...))

Toutefois, conformément à l'article 5.1 de l'Accord de prévoyance, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer à la garantie frais de santé, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès du *souscripteur*. A défaut de renonciation écrite exprimée par le salarié, celui-ci doit être obligatoirement affilié.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation :

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

Pour le présent contrat, chaque salarié ainsi affilié est appelé « *assuré* ».

Dans certains cas, les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN (le choix d'option par le salarié et la déclaration des ayants droit etc...).

Sur demande de l'*organisme assureur*, les personnes assurables doivent alors accomplir les formalités d'affiliation suivantes :

- si nécessaire, transmettre les formulaires individuels d'affiliation signés,
- selon le niveau de couverture du *contrat socle* collectif à adhésion obligatoire, choisir l'option de garanties
- déclarer ses éventuels ayants droit à couvrir à titre obligatoire ou facultatif.

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

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

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

Il appartient au *souscripteur* de s'assurer que l'*organisme assureur* a bien eu connaissance, dans les conditions visées ci-dessus, de l'ensemble des membres du personnel ayant vocation à profiter des garanties.

Le défaut de déclaration, par le *souscripteur*, d'un membre du personnel éligible aux présentes garanties emporte la seule responsabilité du *souscripteur*.

ARTICLE 7. *Bénéficiaires*

Le conjoint et les enfants à charge de l'*assuré* tels que définis au Lexique, peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque *assuré*.

7.1. **Conditions d'affiliation et de modification des bénéficiaires**

Le conjoint et les enfants à charge de l'*assuré* tels que définis dans le Lexique, peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque *assuré*. En tout état de cause les garanties de l'extension facultative sont identiques aux garanties souscrites par l'*assuré* au titre de son *contrat socle* collectif obligatoire et le cas échéant de son *contrat surcomplémentaire* collectif.

L'*assuré* déclare au *souscripteur* et à l'*organisme assureur* les *ayants droit* dont il entend assurer la couverture.

Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation de l'*assuré*. Toutefois, postérieurement à celle-ci, l'*assuré* peut affilier ou modifier les bénéficiaires au premier jour du mois suivant la date de réception par l'*organisme assureur* de la demande d'extension familiale.

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

Justificatifs à fournir

L'*assuré* doit joindre avec le formulaire individuel d'affiliation, selon sa situation :

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

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

L'*organisme assureur* se réserve le droit de demander à l'*assuré* toutes autres pièces justificatives.

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

7.2. **Cessation de l'affiliation des ayants droit**

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

Elle cesse également :

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

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'assuré demande la résiliation de l'*ayant droit*. Cette demande doit être adressée à l'*organisme assureur* au plus tard le 31 octobre de la même année. La demande adressée à l'*organisme assureur* après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

La demande de résiliation des *ayants droit* peut être faite par l'assuré :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'*organisme assureur* ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque l'*organisme assureur* propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La cessation de l'affiliation des *ayants droit* au titre du *contrat socle* emporte nécessairement la cessation de l'affiliation des *ayants droit* du *contrat supplémentaire*.

ARTICLE 8. Entrée en vigueur des garanties du contrat socle collectif obligatoire – suspension et conditions de maintien

8.1. **Prise d'effet des garanties**

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

- à la date d'effet de l'adhésion au *contrat socle* collectif obligatoire pour les *assurés* présents à cette date, et ultérieurement à la date d'embauche, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues par la Convention Collective Nationale des Industries et du Commerce de la Récupération,
- au premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'affiliation pour les salariés *assurés* ayant demandé à bénéficier d'une dispense d'affiliation et qui viennent à cesser de justifier de leur situation, ou qui décident ultérieurement de renoncer à cette dispense.

Les garanties du *contrat socle* collectif obligatoire étendues aux membres de sa famille prennent effet, sous réserve de la production des justificatifs visés à l'article 7.1 :

- au plus tôt, à la même date d'affiliation que l'assuré, lorsque ce dernier a exprimé son choix d'étendre les garanties à sa famille.
- à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'*organisme assureur* de la demande d'extension familiale.

8.2. **Conditions de suspension des garanties**

8.2.1. Suspension du contrat de travail rémunérées ou indemnisées

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

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

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.

8.2.2.Suspension du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées

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

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

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

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

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

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

En dehors des cas visés à l'article 8.2.1 et ci-dessus, les garanties ne sont pas maintenues en cas de suspension du contrat de travail non rémunérée d'une durée supérieure ou égale à un mois

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

Toutefois, ces derniers ont la possibilité de demander le maintien des garanties du *contrat socle* collectif obligatoire, pendant la suspension de son contrat de travail dans le cadre d'un contrat collectif facultatif.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive de l'*assuré* des cotisations prévues au(x) contrat(s) d'adhésion ou aux conditions particulières.

Le *souscripteur* est tenu :

- d'informer l'*organisme assureur* de la suspension du contrat de travail,
- d'informer l'*organisme assureur* du choix de l'*assuré* de bénéficier du maintien des garanties et, le cas échéant, du maintien des garanties au profit de ses *ayants droit* ; ainsi que de communiquer à l'*organisme assureur*, tout document émanant de l'*assuré* et constatant le choix de celui-ci.

L'*assuré* est tenu :

- de remplir et d'envoyer à l'*organisme assureur* un formulaire individuel d'affiliation.
- de fournir à l'*organisme assureur* les informations nécessaires au paiement des cotisations permettant le maintien des garanties (coordonnées bancaires, autorisation de prélèvement...) ;
- de payer les cotisations afférentes au maintien des garanties.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le formulaire individuel d'affiliation. En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'*assuré* peut se voir appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel à hauteur de 3 fois le taux d'intérêt légal et courant, à compter de l'échéance.

A défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle de l'*assuré* pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées. La résiliation de l'adhésion individuelle par l'*organisme assureur* ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.

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

ARTICLE 9. Cessation de l'affiliation

Sous réserve de l'application de l'article 10.1 des présentes Conditions générales, l'affiliation de l'*assuré* cesse de plein droit :

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

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

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

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

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

ARTICLE 10. Maintien des garanties santé du contrat socle collectif obligatoire

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

10.1.1. Conditions au maintien de l'affiliation

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

Si le *souscripteur* n'entre pas dans le périmètre de la DSN, il devra retourner à l'*organisme assureur* le formulaire type « Déclaration de portabilité » dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture.

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

L'*organisme assureur* n'est tenue du maintien des garanties qu'autant que :

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

Effet et durée du maintien de l'affiliation

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

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

En tout état de cause, l'affiliation au *contrat socle* collectif obligatoire de l'*assuré* cesse de plein droit :

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

Obligations déclaratives

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

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

Garanties

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

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

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

Financement

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

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

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

- Les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- Les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite,
- Les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement,
- Les personnes garanties en tant qu'*ayant(s) droit* de l'*assuré* décédé.

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

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

Les prestations proposées seront identiques à prévues par le *contrat socle* collectif obligatoire. Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

ARTICLE 11. Assiette et montant des cotisations du *contrat socle* collectif obligatoire

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

Les taux de cotisations du *contrat socle* collectif obligatoire sont mentionnés au(x) contrat(s) d'adhésion ou aux conditions particulières.

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

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

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par l'*assuré* et de la communication à l'*organisme assureur* des justificatifs visés à l'article 7.1 des Conditions générales.

Le taux de cotisation est différent selon que l'*assuré* est la seule personne couverte ou qu'il affine un ou tous ses *ayants droit*.

ARTICLE 12. Paiement des cotisations du *contrat socle* collectif obligatoire

Les cotisations sont exprimées forfaitairement.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu par le *souscripteur*.

Elles sont recouvrées trimestriellement à terme échu auprès du *souscripteur*. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance. Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement.

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

En fonction du choix effectué par le *souscripteur* au contrat d'adhésion ou aux conditions particulières l'appel des cotisations relative à la couverture des *ayants droit* facultative, peut être faite :

- **soit par lui-même** dans les mêmes conditions que ci-avant,
- **soit par l'*assuré*** dans les mêmes conditions que le contrat surcomplémentaire à adhésion facultative.

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

En outre, l'*organisme assureur* se réserve le droit de résilier le présent contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.

À défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'*organisme assureur*, par lettre recommandée avec avis de réception, au *souscripteur*. Lorsque la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. À défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'*organisme assureur* pourra résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées précédemment.

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

ARTICLE 13. Révision des cotisations et/ou des garanties du *contrat socle* collectif obligatoire

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant ou d'une lettre avenant adressée au *souscripteur* par l'*organisme assureur*. Les parties excluent l'application de l'article 1195 du code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance N° 2016-131 du 10 février 2016. Elles conviennent d'appliquer exclusivement les dispositions figurant ci-après aux articles 13.1 et 13.2.

Le *souscripteur* peut toujours refuser la proposition en respectant les « Modalités de révision » visées au paragraphe 13.3

13.1. **Modification du régime conventionnel**

Lorsque les partenaires sociaux apportent des modifications au régime conventionnel, le présent contrat est modifié en conséquence.

13.2. **Modification du cadre législatif et/ou réglementaire**

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.

Les cotisations et/ou les garanties peuvent être modifiées par l'*organisme assureur* après accord des partenaires sociaux en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement ou des modifications des bases de remboursement et à la fiscalité.

13.3. **Modalités de révision**

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, le *souscripteur* peut toujours refuser la proposition de l'*organisme assureur* dans les trente jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 5 « Durée du contrat – renouvellement »**. Le contrat est alors résilié dans les dix jours suivants.

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

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

ARTICLE 14. Résiliation du *contrat socle* collectif obligatoire

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit à l'article 5, le contrat peut être résilié dans le cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

14.1. **Non-paiement des cotisations**

En cas de défaut de paiement des cotisations par le *souscripteur*, le *contrat socle* collectif obligatoire pourra être résilié selon les conditions définies à l'article 12.

14.2. **Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde du souscripteur**

Le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'entreprise souscriptrice du contrat.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L. 622-13 du Code de commerce.

La résiliation est alors opposable à l'ensemble des *assurés*, y compris à ceux bénéficiant de la portabilité des droits au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale.

14.3. Effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat

14.3.1. Vis-à-vis du souscripteur

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du *contrat socle* collectif obligatoire, le *souscripteur* n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'*organisme assureur* et sur ses différents fonds de réserve.

Le débiteur des cotisations reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues et des différents frais y afférents.

Tout paiement de cotisation après la résiliation du *contrat socle* collectif obligatoire, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra, sauf demande expresse du *souscripteur* acceptée par courrier de l'*organisme assureur*, constituer un renouvellement tacite du contrat et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

14.3.2. Vis-à-vis de l'assuré ou de ses ayants droit

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

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'*organisme assureur* après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article 40 des présentes Conditions générales.

Troisième partie

Contrat surcomplémentaire collectif facultatif

ARTICLE 15. Objet du contrat surcomplémentaire collectif facultatif

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

Lorsque le souscripteur a retenu la base conventionnelle uniquement pour le *contrat socle* obligatoire, ce dernier a la possibilité de souscrire au *contrat surcomplémentaire*. Ce contrat prévoit la faculté pour le salarié et ses *ayants droit* d'améliorer les garanties de la base conventionnelle.

ARTICLE 16. Durée du contrat - renouvellement

La souscription du *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif nécessite l'expression d'un consentement exprès, distincte de l'expression du consentement à la souscription du *contrat socle* collectif obligatoire, du *souscripteur* et de l'*organisme assureur*.

Les dispositions ci-après 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.

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

Le *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif de l'employeur expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou par l'autre des parties. **Chacune des parties signataires du présent contrat peut résilier le contrat DEUX mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi).**

Lorsque le souscripteur a le droit de résilier le contrat ou lorsque l'assuré a le droit de dénoncer l'affiliation, la notification de la résiliation ou de la dénonciation de l'affiliation peut être effectuée, au choix du souscripteur ou de l'assuré :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'*organisme assureur* ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque l'*organisme assureur* propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La résiliation à l'initiative de l'*organisme assureur* s'effectue par lettre recommandée.

Le droit de dénonciation de l'*assuré* prévu au contrat est mentionné dans la notice d'information remise par l'entreprise souscriptrice.

Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au contrat, le *souscripteur* ou l'assuré ne sont redevables 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 dénonciation ou de la résiliation.

En cas de changement d'activité plaçant le souscripteur en dehors du champ d'application de la Convention collective, l'entreprise devra notifier ce changement à l'*organisme assureur* qui aura valeur de demande de résiliation.

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

ARTICLE 17. Personnes couvertes au titre du *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif

Le *contrat surcomplémentaire* collectif à adhésion facultative offre une couverture surcomplémentaire au personnel *assuré* et nécessairement affilié au *contrat socle* collectif obligatoire.

ARTICLE 18. Conditions d'affiliation des *assurés*

18.1. Obligations d'informations du *souscripteur*

Les obligations d'informations du souscripteur sont définies à l'article 6.1 des présentes Conditions générales.

18.2. Information des *assurés*

Les modalités d'information aux assurés sont précisées à l'article 6.2 des présentes Conditions générales.

ARTICLE 19. Adhésion individuelle des personnes au *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif

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

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

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

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

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

ARTICLE 20. *Bénéficiaires*

■ Couverture des ayants droit

Si le *souscripteur* a souscrit le *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif, les bénéficiaires au titre de ce contrat doivent être identiques, en tout état de cause, à ceux affiliés au *contrat socle* collectif obligatoire.

■ Définition des ayants droit

Sont applicables, au *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif, les dispositions du Lexique des présentes Conditions Générales.

■ Conditions d'affiliation et de modification des bénéficiaires

Sont applicables au *contrat surcomplémentaire* collectif, les dispositions de l'article 6 des présentes Conditions Générales.

■ Cessation de l'adhésion des *ayants droit*

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

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

Elle cesse également selon les dispositions de l'article 7.2 des Conditions générales.

ARTICLE 21. Entrée en vigueur des garanties du *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif

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

Les garanties du *contrat surcomplémentaire* collectif étendues aux membres de sa famille prennent effet :

- à la même date d'affiliation que l'*assuré* au *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif, lorsque ce dernier a exprimé son choix d'étendre les garanties à sa famille,
- et dans les autres cas, au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par l'*organisme assureur* de la demande d'extension familiale.

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

ARTICLE 22. Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle de l'*assuré*

22.1. Durée et renouvellement de l'adhésion individuelle de l'*assuré*

L'adhésion individuelle de l'*assuré* au *contrat surcomplémentaire* collectif à adhésion facultative se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année, sauf dans les cas de cessation visés ci-dessous.

22.2. Cessation de l'adhésion individuelle de l'*assuré*

Sous réserve de l'application de l'article 24.1 des présentes Conditions générales, l'adhésion individuelle de l'*assuré* au *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif cesse de plein droit :

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

L'adhésion individuelle de l'*assuré* (et par conséquent celle de l'ensemble de ses *ayants droit*) peut également cesser :

- à la demande de l'*assuré*, selon les mêmes modalités que celles prévues en cas de résiliation du contrat à l'article 16 « Durée du contrat - renouvellement » :
 - dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information ou de la notice additive établie en cas de modification apportée à leurs droits et obligations,
 - au plus tard le 31 octobre de la première année d'affiliation (effet au 31 décembre minuit),
 - à tout moment, à compter d'un an d'affiliation au contrat. (effet un mois de date à date à compter de la réception).

Dans le cas où l'*assuré* souhaite dénoncer son affiliation conclue pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'*assuré* souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au contrat. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

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

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

- à la demande de l'*organisme assureur*,
- en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 26,
- en cas de non acceptation par l'*assuré* des propositions de révisions des cotisations formulées par l'*organisme assureur*, selon les dispositions prévues à l'article 27. L'*organisme assureur* procédera alors, de plein droit, à la résiliation de l'adhésion individuelle de l'*assuré* au dernier jour précédant la date de prise d'effet dudit changement.

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

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

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

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

ARTICLE 23. Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

Le bénéfice du *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif est maintenu à l'*assuré* dont le contrat de travail est suspendu moyennant le paiement des cotisations, dans les mêmes conditions mentionnées à l'article 8.2 « Conditions de suspension des garanties » des présentes Conditions générales.

ARTICLE 24. Maintien du *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif

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

Les dispositions de l'article 10.1 des présentes Conditions Générales sont applicables, dans les mêmes conditions, au *contrat surcomplémentaire* collectif.

24.2. **Maintien des garanties Santé**

Sous réserve d'en faire la demande à l'*organisme assureur*, les *assurés* peuvent continuer à bénéficier de garanties Frais de Santé à titre individuel, y compris au terme du maintien prévu à l'article 24.1, moyennant le paiement de cotisations spécifiques, dans les cas suivants :

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

ARTICLE 25. Assiette et montant des cotisations du *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif

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

Les taux de cotisations du *contrat surcomplémentaire* collectif sont mentionnés au(x) contrat(s) d'adhésion ou aux conditions particulières.

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

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

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par l'*assuré* et de la communication à l'*organisme assureur* des justificatifs visés à l'article 7.1 des Conditions générales.

Le taux de cotisation est différent selon que l'*assuré* est la seule personne couverte ou qu'il affine un ou tous ses *ayants droit*.

ARTICLE 26. Paiement des cotisations du *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif

Les cotisations sont exprimées forfaitairement.

26.1. Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès du *souscripteur*

Elles sont recouvrées trimestriellement à terme échu auprès du *souscripteur*. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance. Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement.

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

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

En outre, l'*organisme assureur* se réserve le droit de résilier le présent contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.

À défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, les garanties peuvent être suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par l'*organisme assureur*, par lettre recommandée avec avis de réception, au *souscripteur*. Lorsque la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. À défaut de paiement des cotisations dues après l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le cachet de la poste faisant foi, l'*organisme assureur* pourra résilier l'adhésion sans préjudice de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les majorations de retard mentionnées précédemment.

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

26.2. **Lorsque l'appel des cotisations du contrat est effectué auprès de l'assuré**

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

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'*assuré* peut se voir appliquer des majorations de retard fixées à hauteur de trois fois le taux d'intérêt légal.

En outre, l'*organisme assureur* se réserve le droit de résilier le contrat, dans les conditions légales et réglementaires et conformément aux dispositions ci-dessous.

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'adhésion individuelle de l'assuré au contrat surcomplémentaire collectif et le cas échéant de l'extension des garanties aux membres de sa famille pourront être résiliées dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

La résiliation de l'adhésion au *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif et le cas échéant de l'extension des garanties aux membres de la famille par l'*organisme assureur* ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues y compris les intérêts de retards définis ci-après.

L'adhésion du *souscripteur* ou l'adhésion individuelle non résiliés reprennent effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'*organisme assureur* les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

ARTICLE 27. Révision des cotisations afférentes au contrat surcomplémentaire collectif facultatif

Les modalités de révision des cotisations afférentes au *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif sont identiques à celles prévues à l'article 13 « Révision des cotisations afférentes au *contrat socle* collectif obligatoire » des présentes Conditions générales.

ARTICLE 28. Résiliation du contrat surcomplémentaire collectif facultatif

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit à l'article 5, la résiliation intervenant à l'occasion de la modification du contrat et la résiliation ou le non renouvellement du *contrat socle* collectif obligatoire, l'adhésion au *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif peut être résiliée dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

28.1. **Non-paiement des cotisations**

En cas de défaut de paiement des cotisations par le *souscripteur*, le *contrat surcomplémentaire* collectif pourra être résilié selon les conditions définies à l'article 26.1.

28.2. **Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde du souscripteur**

Le contrat subsiste en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'entreprise souscriptrice du contrat.

Toutefois, le contrat peut être résilié dans les cas et conditions posés à l'article L. 622-13 du Code de commerce.

La résiliation est alors opposable à l'ensemble des *assurés*, y compris à ceux bénéficiant de la portabilité des droits au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale.

28.3. **Effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat**

■ **Vis-à-vis du souscripteur**

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du *contrat surcomplémentaire* collectif, le *souscripteur* n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'*organisme assureur* et sur ses différents fonds de réserve.

Le débiteur des cotisations reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues et des différents frais y afférents.

Tout paiement de cotisation après la résiliation de l'adhésion au *contrat surcomplémentaire* collectif, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra, sauf demande expresse du *souscripteur* acceptée par courrier de l'*organisme assureur*, constituer un renouvellement tacite du contrat et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

■ **Vis-à-vis de l'assuré ou de ses ayants droit**

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

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'*organisme assureur* après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article 41 des présentes Conditions générales.

Quatrième partie

Dispositions communes aux deux contrats

ARTICLE 29. Champ d'application

Les dispositions suivantes sont applicables, sauf stipulation contraire, aux relations contractuelles constituées au titre du *contrat socle* collectif obligatoire et à celles constituées au titre du *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif.

ARTICLE 30. Recours - Prescription

■ Recours subrogatoire

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

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

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

■ Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par DEUX ANS à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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 :

- en vue d'obtenir le paiement de cotisations, de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique avec demande d'avis de réception par l'*organisme assureur* au *souscripteur*, lorsque celui-ci assure le précompte de la cotisation au titre du contrat collectif ou à l'*assuré*, lorsque le *souscripteur* n'assure pas ce précompte.
- de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique avec demande d'avis de réception par l'*assuré* ou ses *ayants droit* à l'*organisme assureur* en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

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

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

ARTICLE 31. Fausse déclaration

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

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire et facultative :

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

L'*organisme assureur* doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative :

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, l'*organisme assureur* peut :

- si elle est constatée avant tout *sinistre* : augmenter la cotisation ou résilier le contrat ;
- si elle est constatée après tout *sinistre* : réduire le montant de l'indemnité proportionnellement à la cotisation payée par rapport à celle qui aurait été due si l'*organisme assureur* aurait eu en sa possession la déclaration exacte et complète.

ARTICLE 32. Déchéance

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

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

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

ARTICLE 33. Réclamations - Médiation

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

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

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

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, le souscripteur, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

ARTICLE 34. Contrôle de l'*organisme assureur*

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

ARTICLE 35. Dispositions diverses

■ Confidentialité

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée des contrats et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'*organisme assureur* s'engage envers le *souscripteur* à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

■ Protection des données à caractère personnel

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

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

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

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

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com 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.

Cinquième partie

Définitions des garanties

ARTICLE 36. Champ d'application

Les dispositions suivantes sont applicables, aux relations contractuelles constituées au titre du *contrat socle* collectif obligatoire et à celles constituées, s'il a été souscrit, au titre du *contrat surcomplémentaire* collectif facultatif.

ARTICLE 37. Contrat solidaire et responsable

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

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

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

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

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

ARTICLE 38. Garanties Frais de santé

Les garanties souscrites et les montants des prestations figurent au(x) contrat(s) d'adhésion ou aux conditions particulières.

38.1. **Objet et conditions des garanties**

Les garanties Frais de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les *assurés*, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés à l'article 41 ci-après et des frais non pris en charge visés à l'article 38 ci-avant.

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

Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'État et inscrits sur des registres nationaux.

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

Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'*organisme assureur* dans les conditions fixées au tableau des garanties figurant au(x) contrat(s) d'adhésion ou aux conditions particulières.

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

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

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

Le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et audio sans reste à charge, c'est à dire à hauteur des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation définis réglementairement.

La prise en charge des garanties suivantes, si elles sont souscrites et mentionnées au tableau des garanties, est précisée comme suit :

EN CAS D'HOSPITALISATION :

- On entend par Lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 12 ans bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».

- Pour les frais de chambre particulière et de lit d'accompagnant, la prise en charge est limitée à :
 - **365 jours,**
 - **180 jours en cas de séjour en psychiatrie.**

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

POUR LES FRAIS DENTAIRE :

Trois paniers de soins prothétiques sont définis ci-dessous :

- **un panier « 100 % santé »** (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019 paru au Journal Officiel du 30 mai 2019) remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
- **un panier aux tarifs maîtrisés / modérés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et des garanties prévues dans le tableau des garanties,
- **un panier aux tarifs libres** permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

POUR LES FRAIS D'OPTIQUE :

- Pour la prise en charge de l'équipement d'optique médicale (2 verres et 1 monture).

Deux classes d'équipement optique sont définies :

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

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

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

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

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

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage.

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

VERRES SIMPLES

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

VERRES COMPLEXES

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

VERRES TRES 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

L'équipement d'optique médicale (verres et monture) est pris en charge par l'*organisme assureur* sous réserve du respect des périodicités de renouvellement. La périodicité de renouvellement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'*organisme assureur* depuis le 1er janvier 2018.

En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre par les verres, la période pendant laquelle un équipement (2 verres et 1 monture) peut être remboursé débute à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les périodicités de renouvellement sont définies comme suit :

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

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

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

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

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

Constitue une évolution de la vue :

- la variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres,
- la variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin,
- la somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) supérieur à 4,00 dioptries.

POUR LES FRAIS CONCERNANT L'AIDE AUDITIVE :

Deux classes d'équipement auditif sont définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé à frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé,
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

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

POUR L'ORTHOPEDIE ET LES AUTRES PROTHESES :

Il faut entendre l'appareillage dont les prothèses capillaires et mammaires remboursées par la Sécurité sociale (hors aides auditives et optique).

EN CAS DE MATERNITE :

On entend par forfait Maternité, une allocation destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents à la naissance d'un enfant de l'assuré déclaré à l'état civil (que l'assuré soit le père ou la mère).

Par assimilation, pour l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans par l'assuré, la même allocation est versée.

Elle est doublée en cas de naissance multiple.

Seule la naissance d'un enfant de l'assuré (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par l'assuré lui-même.

38.2. Soins engagés hors de France

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

- **Séjours temporaires à l'étranger, salariés détachés, résidents à l'étranger**

L'organisme assureur intervient dès lors que les assurés bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil.

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

Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.

- **Justificatifs**

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

ARTICLE 39. Degré élevé de solidarité

Outre la mise en place d'un régime collectif de couverture des frais de santé, votre Convention collective institue un fonds de solidarité permettant notamment la mise en œuvre d'aides individuelles ou de compléments de prestations et comprenant un caractère non contributif, et ce afin de satisfaire aux dispositions de l'article L.912-1, du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 40. Risques exclus

Ne donnent pas lieu aux garanties définies à l'article 7 les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale.

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

Ne sont pas pris en charge par l'organisme assureur, tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR).

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

ARTICLE 41. Modalités de versement des prestations

41.1. Services de Tiers Payant

■ **La mise en œuvre du tiers payant**

Le contrat permet à l'assuré et à ses ayants droit de bénéficier du tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Pour que le tiers payant s'applique il est nécessaire que le professionnel de santé soit partenaire de l'opérateur de tiers payant de l'*organisme assureur* et que l'ensemble des pièces justificatives demandées par l'*organisme assureur* soient fournies.

Sans remettre en cause les dispositions spécifiques au contrat responsable et au 100 % santé, les situations suivantes ne permettent pas de réaliser le tiers payant au-delà de la base de remboursement de la *Sécurité sociale* :

- le défaut de consentement écrit de l'*assuré* à la transmission de données détaillées de la *nomenclature* de la *Sécurité sociale* relatives à l'acte ou au dispositif médical via le professionnel de santé.

Il est précisé que ces données sont nécessaires au calcul et au contrôle du remboursement des garanties souscrites.

- l'application par le professionnel de santé, de tarifs analysés comme excessifs par rapport aux prix les plus fréquents constatés sur le marché (supérieurs à 80 % des prix constatés) pour l'équipement délivré.

Dans les cas cités ci-dessus, le bénéficiaire devra avancer une partie des les frais et envoyer la demande complétée des pièces justificatives mentionnées au contrat à l'*organisme assureur* afin d'être remboursé à hauteur des garanties souscrites.

Spécificité du tiers payant pour le « 100 % Santé » :

Dans le cadre du « 100 % Santé », le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et audio sans *reste à charge*, c'est à dire à hauteur des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation définis réglementairement.

■ La carte de tiers payant papier et dématérialisée

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

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

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

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

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

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

41.2. La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de l'hospitalisation d'un bénéficiaire en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, l'*assuré* en informe l'*organisme assureur* qui lui délivrera une attestation de prise en charge.

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

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

41.3. Demande de remboursement

- **Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'*organisme assureur* dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de Sécurité sociale ou de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale. A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article 30.**
- Les bénéficiaires et le *souscripteur* sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'*organisme assureur* les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.

L'*organisme assureur* se réserve le droit de demander à l'*assuré* toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

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

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

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

41.4. **Justificatifs et contrôle**

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

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

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

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

- Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux.

L'*organisme assureur* se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli, etc.)

- En cas de refus de se soumettre au contrôle médical ou à défaut de fournir les justificatifs demandés, les actes ne donnent pas lieu à prise en charge.

Les justificatifs à fournir par l'assuré pour ses demandes de remboursement :

Domaine de prise en charge	Justificatifs à fournir sur demande de l'assureur
Traitement par Noémie	
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés • Justificatif de la demande de la chambre particulière par l'assuré et de son montant • Le cas échéant, le devis accepté par l'assuré avec les dépassements d'honoraires pour les actes médicaux
Cure thermale	<ul style="list-style-type: none"> • Facture acquittée et détaillée mentionnant l'ensemble des dépenses y compris les frais de transport et d'hébergement
Optique	<p>Devis détaillé et accepté par l'assuré Facture détaillée et acquittée Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'opticien Le cas échéant, prescription médicale initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ou l'orthoptiste ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le cas échéant bilan visuel réalisé préalablement au renouvellement de la prescription par un médecin ophtalmologiste
Dentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Devis détaillé et accepté par l'assuré • Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Aide auditive	<ul style="list-style-type: none"> • Devis détaillé et accepté par l'assuré • Facture détaillée et acquittée par l'assuré • Le cas échéant, prescription médicale • Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'audioprothésiste
Maternité	<ul style="list-style-type: none"> • Photocopie du livret de famille ou acte de naissance
Adoption	<ul style="list-style-type: none"> • La copie du jugement d'adoption

Traitement hors Noémie	Justificatifs à fournir dans tous les cas
Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.

Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état¹ dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI ou RPPS³.
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale ²	<ul style="list-style-type: none"> • Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit

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

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

³**RPPS** : répertoire partagé des professionnels de santé