



malakoff médéric

FRAIS DE SANTÉ

LES ESSENTIELLES

CONDITIONS GÉNÉRALES N° 8167/1

Contrat collectif à adhésion facultative surcomplémentaire

SOMMAIRE

ARTICLE 1 - LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DE VOTRE CONTRAT	4
ARTICLE 2 - VOS OBLIGATIONS D'INFORMATIONS	5
ARTICLE 3 - L'AFFILIATION DES ASSURÉS ET LA DÉFINITION DE LEURS AYANTS DROIT	5
ARTICLE 4 - LA DURÉE DES GARANTIES	6
ARTICLE 5 - LES COTISATIONS	9
ARTICLE 6 - LES PRESTATIONS	10
ARTICLE 7 - LES GÉNÉRALITÉS DE VOTRE CONTRAT	13

PRÉAMBULE

Dans ce contrat, nous utilisons les termes suivants :

Le souscripteur est l'entreprise souscrivant le contrat pour son compte et éventuellement pour celui des sociétés constituant le périmètre de souscription. Il sera désigné par **vous**.

L'organisme assureur est l'Institution de prévoyance qui garantit les risques souscrits. Il sera désigné par **nous**.

Les catégories de personnel renvoient aux catégories de personnel pour lesquelles vous avez conclu ce contrat frais de santé. Elles sont définies aux conditions particulières.

Les assurés sont les salariés et anciens salariés bénéficiaires du contrat, c'est-à-dire appartenant à l'une des catégories de personnel prévue aux conditions particulières.

Les ayants droit sont les membres de la famille d'un assuré pouvant bénéficier des garanties du contrat.

Par **conjoint** nous entendons, le conjoint, à défaut le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs) et à défaut le concubin, que celui-ci soit à charge de l'assuré au sens de la Sécurité sociale ou non :

- le conjoint : l'époux ou l'épouse de l'assuré, non séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e),
- le partenaire lié par un pacs : la personne liée par un pacs, non dissous et non rompu,
- le concubin : la personne célibataire, divorcée ou veuve, si elle réside sous le même toit que l'assuré, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi, l'assuré et le concubin ne doivent être mariés, ni l'un ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.

Par **portabilité de la couverture d'assurance** nous entendons, le maintien de la garantie frais de santé accordé à vos anciens salariés demandeurs d'emploi et bénéficiaires de ce dispositif en vertu de la loi 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi.

ARTICLE 1 - LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DE VOTRE CONTRAT

1.1 - Objet de votre contrat

Votre contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative surcomplémentaire que vous souscrivez auprès de Malakoff Médéric Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale.

Il ne peut être souscrit qu'en complément du (des) contrat(s) collectif(s) PEPS éco active Les Essentielles couvrant les assurés et leurs éventuels ayants droit.

Votre contrat surcomplémentaire intervient sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire, dans la limite des frais réels.

Il a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles nous accordons aux assurés et à leurs ayants droit si ces derniers bénéficient des garanties, le remboursement, dans la limite des frais réellement engagés, de tout ou partie des frais de santé occasionnés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Votre contrat répond aux critères qualifiant les contrats de « solidaires et responsables » par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale, décrits à l'article 6.5.

Votre contrat se compose de deux parties indissociables :

- **les présentes conditions générales** définissant les obligations de chacun ainsi que l'ensemble des garanties que nous proposons ;
- **les conditions particulières** qui comportent notamment :
 - la date d'effet de votre contrat,
 - la définition de la (ou des) catégorie(s) de personnel assurée(s),
 - la nature et le montant mentionnés dans le tableau de garanties,
 - les taux de cotisation correspondant aux garanties prévues.

Il peut être complété d'avenants susceptibles de venir modifier ultérieurement les dispositions souscrites.

1.2 - Prise d'effet et renouvellement de votre contrat

Votre contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières. Il doit nous être retourné signé. Il expire au 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

1.3 - Résiliation annuelle de votre contrat

Votre contrat peut être résilié par chacune des parties au 31 décembre. Une lettre recommandée avec avis de réception doit être envoyée à l'autre partie au moins deux mois avant la fin de l'année, soit au plus tard le 31 octobre.

De plus, le présent contrat de par sa nature surcomplémentaire, sera résilié de plein droit en cas de résiliation de votre contrat collectif obligatoire couvrant les assurés.

1.4 - Révision de votre contrat

Votre contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions prennent alors effet à la date d'effet de l'avenant.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation impactant les garanties, nous réviserons les garanties et les taux de cotisation de votre contrat.

À compter de l'envoi de la notification vous avez deux mois pour refuser les nouvelles conditions.

En cas d'absence de réponse de votre part et passé ce délai, nous considérerons que vous avez accepté les nouvelles conditions.

Dans le cas contraire, vous devez nous faire part de votre refus en nous envoyant votre demande de résiliation par lettre recommandée avec avis de réception.

La résiliation du contrat prend alors effet le premier jour du mois civil qui suit la réception de votre demande.

1.5 - Votre situation juridique ou économique

Vous devez nous informer de toute transformation intervenant dans votre situation juridique ou économique de façon à nous permettre de :

- maintenir ou adapter les garanties de vos salariés,
- procéder à la résiliation de votre contrat par lettre recommandée avec avis de réception.

Les taux de cotisation correspondant à vos garanties ne prennent pas en compte les licenciements affectant l'équilibre du contrat, notamment les éventuels plans de sauvegarde de l'emploi.

Par conséquent, dès lors qu'au cours d'un exercice vous avez engagé des procédures de licenciements, et ce quelle qu'en soit la cause, concernant plus de dix salariés et représentant plus de 5 % de l'effectif présent au début de l'exercice civil, vous devrez, dès lors que vous êtes en mesure de le faire, nous le déclarer par lettre recommandée avec avis de réception en mentionnant le nombre de salariés potentiellement concernés décliné par catégorie de personnel assurée ainsi que le calendrier prévisionnel des licenciements.

Au plus tard dans les trente jours suivant la notification des licenciements, une information complémentaire sur le nombre de personnes licenciées en précisant leur catégorie de personnel doit nous être adressée par lettre recommandée avec avis de réception.

Après étude, nous vous informerons de l'impact de ces procédures de licenciement sur l'équilibre technique de votre contrat et sur le montant des cotisations.

Celles-ci pourront être revues d'un commun accord, le cas échéant par le versement d'une cotisation exceptionnelle.

À défaut, nous en tiendrons compte dans le cadre de la révision annuelle qui suivra.

1.6 - Clause attributive de compétence

Si vous êtes une société commerciale, tout différend sera de la compétence des tribunaux de notre siège social.

ARTICLE 2 - VOS OBLIGATIONS D'INFORMATIONS

2.1 - Vos obligations déclaratives

Vous vous engagez à nous adresser les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés de tous les assurés ayant choisi de bénéficier de la garantie frais de santé du présent contrat dans les trente jours suivant leur demande d'adhésion ou dans les trente jours qui suivent tout changement de situation familiale.

Vous devez également, dans un délai de trente jours :

- nous signaler les modifications de situation professionnelle de vos salariés,
- nous informer de la cessation des contrats de travail déclenchant la portabilité,
- nous informer du décès de vos salariés ou de la rupture des contrats de travail de vos salariés éligibles au maintien individuel des garanties hors cadre de la portabilité (article 4.7).

2.2 - Vos obligations déclaratives en fin d'exercice

Vous nous faites parvenir à la fin de chaque exercice civil, au plus tard au 31 janvier suivant, la liste de vos salariés. Celle-ci doit préciser pour chaque assuré : nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice.

Vous tenez vos états de personnel à notre disposition pour consultation éventuelle.

2.3 - Notice d'information à destination des assurés

Nous vous remettons un exemplaire de la notice d'information que nous avons établie. Il est de votre responsabilité de la remettre aux assurés.

Cette notice définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir pour obtenir un remboursement.

La preuve de la remise de la notice d'information ou de toutes modifications des droits et obligations vous incombe.

ARTICLE 3 - L'AFFILIATION DES ASSURÉS ET LA DÉFINITION DE LEURS AYANTS DROIT

3.1 - Demande d'affiliation

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation en déclarant leurs ayants droit s'il y a lieu. Ils vous remettent leur bulletin accompagné des pièces nécessaires à l'affiliation. Vous vous engagez à nous les faire parvenir.

Les assurés peuvent demander leur affiliation ainsi que celle de leurs ayants droit uniquement dans les six mois qui suivent :

- la date d'effet du présent contrat,
- la date d'embauche pour vos nouveaux assurés ou de promotion permettant d'intégrer la catégorie de personnel assurée,
- un changement de situation familiale (mariage, pacs, concubinage ou naissance...) des assurés.

Ils doivent vous signaler tout changement de situation familiale par le même document.

Ces documents doivent nous être retournés dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation demandée, d'embauche ou la modification de la situation familiale (mariage, pacs, concubinage ou naissance).

Les assurés doivent également compléter et signer un mandat de prélèvement SEPA.

3.2 - Fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de votre part de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser notre appréciation. Les cotisations payées nous sont acquises.

3.3 - Définition des ayants droit

Votre contrat s'applique aux assurés et à leurs ayants droit bénéficiant des garanties du contrat collectif obligatoire et éventuellement du contrat collectif facultatif « extension conjoint » ou « extension conjoint et enfant(s) » que vous avez souscrit(s).

En fonction du contrat collectif obligatoire et du contrat collectif facultatif « extension conjoint » ou « extension conjoint et enfant(s) », les ayants droit de l'assuré peuvent être :

- son conjoint,
- ses enfants ou ceux de son conjoint âgés de moins de 18 ans.

Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à la veille :

- du 21^e anniversaire pour les enfants considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale, de l'assuré ou de son conjoint,
 - du 28^e anniversaire pour les enfants affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants, ou immatriculés personnellement à la Sécurité sociale, s'ils sont en contrat d'apprentissage ou de qualification, et ne percevant pas des revenus supérieurs à 55 % du SMIC brut annuel,
 - du 28^e anniversaire pour les enfants handicapés, s'ils ouvrent droit à l'allocation d'éducation prévue à l'article L. 541-1 du Code de la sécurité sociale ou à l'allocation d'adulte handicapé prévue à l'article L. 821-1 de ce code et ne percevant pas des revenus supérieurs à 55 % du SMIC brut annuel,
- les ascendants considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale, de l'assuré ou de son conjoint.

3.4 - Structures d'affiliation

La structure d'affiliation du présent contrat collectif facultatif surcomplémentaire est identique à la structure d'affiliation déterminée par votre contrat collectif obligatoire et le cas échéant par votre contrat collectif facultatif.

Les bénéficiaires du présent contrat sont identiques à ceux bénéficiant du contrat collectif obligatoire et le cas échéant du contrat collectif facultatif « extension conjoint » ou « extension conjoint et enfant(s) ».

Les cotisations seront déterminées en fonction des bénéficiaires de votre contrat.

ARTICLE 4 - LA DURÉE DES GARANTIES

4.1 - Prise d'effet des garanties

1. Pour les assurés

Sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne dans les trente jours, les garanties prennent effet :

- à la date d'effet de votre contrat pour tous vos salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée à cette date,
- à la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée (embauche ou promotion) postérieurement à la souscription,
- au jour où est intervenu le changement de situation familiale (mariage, pacs, concubinage, naissance...),
- au jour de la demande d'affiliation, pour vos salariés qui bénéficiaient d'une dispense d'affiliation,

Au-delà du délai de trente jours, les garanties prennent effet au premier jour du mois civil suivant la demande.

2. Pour les ayants droit

Sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne dans les trente jours, les garanties prennent effet :

- à la date d'effet de votre contrat,
- à la date de la demande d'affiliation, en cas d'embauche pour vos nouveaux salariés ou de promotion permettant d'intégrer la catégorie de personnel assurée,
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit,
- au jour où est intervenu le changement de situation familiale (mariage, pacs, concubinage, naissance...),

- au jour de la demande d'affiliation, pour ceux qui bénéficiaient d'une dispense d'affiliation.

Au-delà du délai de trente jours, les garanties prennent effet au premier jour du mois civil suivant la demande.

3. Pour vos anciens salariés et leurs ayants droit bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité à la date d'effet de votre contrat

Vos anciens salariés et leurs ayants droit, couverts précédemment au titre d'un contrat surcomplémentaire par un autre organisme assureur, bénéficient des garanties de votre contrat s'ils continuent à remplir les conditions définies à l'article 4.6.

La portabilité prévue par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale ne prévoit pas de cotisation à la charge des anciens salariés.

Toutefois, si l'effectif de vos anciens salariés bénéficiaires de la portabilité est supérieur à cinq et qu'il représente plus de 5 % de l'effectif salarié assuré à l'entrée ou qu'il représente plus de 30 % de ce même effectif salarié assuré, nous vous informerons de l'impact éventuel sur l'équilibre technique de votre contrat et sur le montant de vos cotisations.

4.2 - Faculté de renonciation

Les assurés ont la faculté de renoncer au contrat, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de leur adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception adressée à notre siège social, suivant le modèle suivant : « Je soussigné(e) , ayant le numéro de Sécurité sociale , déclare vouloir renoncer à la souscription au contrat collectif à adhésion facultative surcomplémentaire frais de santé n° , ayant pris effet le/...../..... et demande le remboursement de la cotisation déjà versée ».

Le remboursement intégral de la cotisation versée sera effectué dans les trente jours suivant notre réception du courrier. Toutefois, si des prestations ont été accordées, les sommes perçues par les assurés devront nous être restituées préalablement et intégralement.

La renonciation est définitive pour l'assuré et ses ayants droit.

4.3 - Dénonciation volontaire de l'assuré

Les assurés bénéficiaires du contrat collectif obligatoire, en cas de modification apportée à leurs droits et obligations, ont la faculté de dénoncer leur affiliation et celle de l'ensemble de leurs ayants droit dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information établie à cet effet.

En tout état de cause, les assurés peuvent dénoncer leur affiliation et celle de l'ensemble de leurs ayants droit, à chaque échéance annuelle du 31 décembre par lettre recommandée avec avis de réception et en respectant un préavis de deux mois avant la fin de l'exercice civil.

La dénonciation est définitive pour l'ensemble des personnes garanties au présent contrat surcomplémentaire.

4.4 - Cessation des garanties

1. Pour les assurés

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du présent contrat ou de votre contrat obligatoire,
- en cas de non paiement des cotisations dans les conditions précisées à l'article 5.3,
- à la date de radiation de l'assuré de votre contrat obligatoire,
- à la date de suspension du contrat de travail de l'assuré, sauf dispositions de l'article 4.5,
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la portabilité,
- à la date à laquelle l'ancien salarié cesse de remplir les conditions lui permettant de bénéficier du maintien de la portabilité, dans la limite fixée par celle-ci,
- à la date d'effet de la retraite de la Sécurité sociale de l'assuré (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite).
- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel l'affiliation au présent contrat est dénoncée par l'assuré, dans les conditions exposées à l'article 4.3.

2. Pour les ayants droit

Les garanties cessent à la date à laquelle :

- les ayants droit ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit,
- leur radiation est demandée dans le cadre du contrat collectif facultatif « extension conjoint » ou « extension conjoint et enfant(s) »,
- les garanties de l'assuré cessent.

L'assuré et ses ayants droit, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier de la garantie au titre du présent contrat. La radiation est définitive.

En l'absence de déclaration de la radiation d'un assuré de votre part, nous pourrions réclamer le remboursement des sommes indûment versées.

4.5 - Maintien des garanties en cas de contrat de travail suspendu

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

– bénéficiaires d'un maintien de rémunération de votre part,

ou

– en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par le régime complémentaire que vous financez au moins pour partie.

Les garanties sont maintenues tant qu'ils font partie de vos effectifs.

Les cotisations sont intégralement dues dans les conditions prévues à l'article 5.

4.6 - Vos anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, en dehors du cas de licenciement pour faute lourde, l'assuré bénéficie du maintien de ses garanties.

Ce maintien est également accordé aux ayants droit déclarés de l'assuré qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail.

Les droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la cessation du contrat de travail.

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

- d'informer vos salariés de leur droit à bénéficier du maintien des garanties dans leur certificat de travail,
- de nous informer des cessations de contrat de travail déclenchant le droit au maintien, dans un délai de trente jours.

La durée du maintien des garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié ou de la durée totale de ses contrats successifs chez un même employeur, appréciée en mois et arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié et à ses ayants droit.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage ;
- la date d'effet de la retraite Sécurité sociale de l'ancien salarié ;
- l'issue de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit et ce dans la limite de douze mois ;
- la date d'effet de la résiliation de votre contrat.

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

4.7 - Maintien individuel des garanties à vos anciens salariés hors portabilité

Les anciens salariés bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi ou les ayants droit de salariés décédés peuvent demander :

– à bénéficier du maintien des garanties définies au présent contrat,

ou

– à souscrire à un contrat adapté à leur nouvelle situation.

Les anciens salariés ou les ayants droit doivent nous faire part de leur choix par écrit.

1. Quel que soit le choix retenu :

- aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise,
- la demande de souscription doit être faite dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès de votre salarié.

Dans le cas particulier de la portabilité, le délai de six mois court à compter du terme de la période de maintien des garanties.

Vous devez nous informer du décès d'un de vos salariés ou de la rupture du contrat de travail des salariés éligibles au maintien individuel des garanties dans un délai de trente jours afin de nous permettre d'adresser la proposition de couverture aux ayants droit de celui-ci.

Nous adressons une proposition de maintien de la couverture à compter de la cessation du contrat de travail, de la fin de la période de maintien des garanties à titre temporaire ou du décès de votre salarié.

Les garanties prennent effet au plus tard au lendemain de la demande.

2. Le maintien des garanties du présent contrat

Pour les anciens salariés définis ci-dessus le maintien des garanties est viager.

Pour les ayants droit d'un salarié décédé, le maintien des garanties cesse au terme d'une période de douze mois.

Par ailleurs, les ayants droit des anciens salariés sont exclus du maintien des garanties. Toutefois, ils peuvent demander à souscrire à un contrat que nous leur proposerons.

Dans le cadre du maintien des garanties du présent contrat, le montant des cotisations ne pourra être majoré de plus de 50 % du tarif global du régime d'activité à la date d'effet dudit maintien.

3. La souscription à un contrat adapté à leur nouvelle situation

Nous proposons aux assurés un contrat tenant compte à la fois de leurs besoins en matière de frais de santé et de leurs ressources.

Le montant des cotisations est alors fonction du niveau de garanties choisi et de l'âge des bénéficiaires.

ARTICLE 5 - LES COTISATIONS

Tous les contrats de notre gamme Malakoff Médéric PEPS éco active Les Essentielles sont réunis en un ensemble homogène de mutualisation.

Toute évolution des cotisations ou des garanties s'appliquera à l'ensemble des contrats relevant du périmètre de mutualisation.

5.1 - Montant et révision des cotisations

Les cotisations versées par l'assuré sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

Pour les enfants, au delà du 2^e, aucune cotisation supplémentaire n'est due.

Les taux de cotisation peuvent évoluer au 1er janvier de chaque année sur décision du conseil d'Administration. Cette évolution tient compte de l'évolution de la consommation médicale et des résultats de notre gamme Malakoff Médéric PEPS éco active Les Essentielles ou de votre contrat. Elle tient également compte de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale.

5.2 - Paiement des cotisations

Les cotisations, y compris les taxes éventuelles, sont payables par les assurés, mensuellement d'avance dans les quinze premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur leur compte.

Le financement du maintien des garanties prévues par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale ne prévoit pas de cotisation à la charge des assurés bénéficiaires de la portabilité.

En cas d'affiliation d'un assuré en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues à partir du premier jour du mois civil suivant.

En cas de radiation d'un assuré en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues pour le mois civil en cours.

L'assuré est le seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, il nous remet un relevé d'identité bancaire et un mandat de prélèvement SEPA.

5.3 - Recouvrement des cotisations

À défaut de paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessous, une mise en demeure de paiement chiffrée est adressée à l'assuré par lettre recommandée avec avis de réception.

Si le paiement n'est pas intervenu :

- les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure,
- l'assuré est radié dix jours après la date d'effet de la suspension.

Les cotisations antérieures à la date de résiliation restent dues. Nous avons la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

La radiation de l'assuré pour défaut de paiement entraîne celle de ses ayants droit.

Cette radiation est définitive.

ARTICLE 6 - LES PRESTATIONS

6.1 - Niveau de la garantie

La formule surcomplémentaire est fonction de la formule de votre contrat collectif obligatoire.

Formule frais de santé obligatoire que vous avez retenue		Formule surcomplémentaire
PEPS éco active E1	→	PEPS éco active SE1
PEPS éco active E2	→	PEPS éco active SE2

6.2 - Définition des prestations

Nous intervenons dans la limite des prestations prévues au titre du contrat obligatoire et éventuellement du contrat facultatif complété(s) de celles prévues au titre du présent contrat surcomplémentaire.

Le tableau de garanties, présent aux conditions particulières de votre contrat surcomplémentaire, précise le niveau cumulé des prestations de l'ensemble des contrats souscrits (obligatoire, surcomplémentaire et éventuellement du facultatif).

Conformément aux conditions particulières, votre contrat prend en charge, dans la limite du niveau de garanties, le remboursement :

- des frais restant à charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale,
- de soins médicalement prescrits à caractère thérapeutique non pris en charge par la Sécurité sociale prévus aux conditions particulières,
- de soins pris en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus aux conditions particulières,
- des dépenses de prévention mentionnées aux conditions particulières.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale : le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base du remboursement de la Sécurité sociale ou ticket modérateur), et de la législation en vigueur à la date des soins.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de prestations de cet organisme ou, en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale, celui facturé à l'assuré et à ses ayants droit.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie. La date des soins retenue est celle prise en compte par la Sécurité sociale ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré ou de votre part entraînera la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.

6.3 - Limites des remboursements

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la participation forfaitaire et les franchises médicales, ne donnent pas lieu à remboursement de notre part, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale.

Le total de nos remboursements, de ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées telles que définies à l'article 6.2.

Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne sera pas reporté sur l'année suivante.

Dans le respect des critères du contrat responsable exposés à l'article 6.5, nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. Concernant la périodicité de deux ans ou d'un an selon le cas il est précisé que :

- celle-ci est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat,
- en cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, la période pendant laquelle un équipement (monture + verres) peut être remboursé est identique (la période débute à la date d'acquisition du 1er élément de l'équipement),
- l'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par

l'opticien en application de l'article R. 165-1 du Code de la sécurité sociale (cas de l'adaptation par l'opticien d'une prescription médicale de moins de 3 ans sauf opposition du médecin, dans les conditions visées à l'article L. 4362-10 du Code de la santé publique).

6.4 - Le pack « Bien-Être et Bien-Vieillir »

Dans le cadre des formules Malakoff Médéric PEPS éco active Les Essentielles SE1 et SE2 vous bénéficiez du pack « Bien-Être et Bien-Vieillir ».

Le pack prévoit un plafond global et des limitations par poste (hospitalisation, médecine alternative, pharmacie, prévention et cure thermale). Ces montants sont précisés au tableau de garanties.

Le pack est limité par bénéficiaire et par année civile.

Il comprend également la prise en charge du ticket modérateur de la pharmacie à 15 % quel que soit le niveau de la formule.

En fonction du niveau de garanties de la formule, l'assuré et ses ayants droit bénéficient de remboursement pour les postes suivants :

L'hospitalisation pour la garantie suivante :

- le lit d'accompagnant pour un enfant de moins de quatorze ans.

La médecine alternative pour les garanties suivantes :

- l'ostéopathie et la chiropractie,
- les spécialités médicales non remboursées par la Sécurité sociale (pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien et tabacologue).

Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Ils doivent faire enregistrer leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n° ADELI), système prévu par le Code de la santé publique.

Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens, ou par un institut en France agréé par l'Union européenne de chiropraticiens, et être membres de l'Association française de chiropratique (AFC). Ils doivent faire enregistrer leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n° ADELI), système prévu par le Code de la santé publique.

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

Pour le poste médecine alternative notre remboursement est conditionné à la présentation d'une facture établie par le praticien mentionnant le diplôme de celui-ci.

La pharmacie pour les garanties suivantes :

- les médicaments ou la pharmacie prescrite non remboursés par la Sécurité sociale,
- les vaccins préventifs (grippe et voyages) non remboursés par la Sécurité sociale,
- le forfait contraception.

Ce forfait annuel permet de couvrir sur présentation d'une facture :

- les médicaments à prescription médicale obligatoire (article L. 5132-6 du Code de la santé publique) non remboursés par les organismes de sécurité sociale,
- les médicaments à prescription médicale facultative (article R. 5121-202 du Code de la santé publique), prescrits par un médecin ou conseillés par un pharmacien, et non remboursés par les organismes de sécurité sociale.

La facture doit être nominative et préciser le bénéficiaire du traitement ainsi que le nom du/des médicament(s).

Pour le forfait contraception le remboursement est effectué sur présentation de la facture des achats effectués en pharmacie et faisant partie de la liste suivante : pilule contraceptive, patch contraceptif, anneau vaginal, cape cervicale, diaphragme, préservatif masculin et féminin.

La prévention pour les garanties suivantes :

- le sevrage tabagique sur prescription médicale,
- le remboursement du certificat médical non pris en charge par la Sécurité sociale pour la pratique d'un sport (à hauteur d'une consultation de généraliste conventionné de secteur 1).

Ce forfait annuel permet de couvrir les dépenses liées aux traitements par substituts nicotiniques (patch, gomme, pastille, inhalateur...), en complément de celui prévu par la Sécurité Sociale. Pour être pris en charge par nos

soins lesdits substituts nicotiques doivent figurer sur la liste de ceux remboursables par la Sécurité Sociale (dont la liste est présente sur le site Ameli.fr). La cigarette électronique n'est pas prise en charge au titre du présent contrat. La demande de remboursement doit être accompagnée d'une prescription médicale et d'une facture nominative (désignation du médicament et du bénéficiaire du traitement) du pharmacien consacré exclusivement aux substituts nicotiques.

La cure thermale :

- si celle-ci a lieu en France (sur la base d'une cure) remboursée par la Sécurité sociale (forfait global annuel : honoraires, traitement thermal, hébergement et transport).

La cure thermale pour être prise en charge au niveau de votre contrat doit intervenir dans les mêmes conditions que les soins thermaux acceptés et remboursés par la Sécurité sociale.

6.5 - Critères du contrat responsable

Les prestations complémentaires sont servies dans le respect des dispositions légales et réglementaires du **contrat responsable** prévues aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Conformément à la réglementation, votre contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants, **sous déduction des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat :**

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie,
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R. 322-8 I du Code de la sécurité sociale,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée.

Pour l'application des règles de prises en charge maximale, relatives aux dépassements d'honoraires et équipements optique selon les principes précisés ci-dessous, les garanties prévues dans votre contrat surcomplémentaire s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire ainsi que les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat et dans la limite des frais facturés.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100 % de la base de remboursement (et par exception de 125 % pour les soins délivrés en 2015 et 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge d'équipements d'optique médicale (verres et monture) supérieure au ticket modérateur, elle doit respecter les périodes définies pour leur renouvellement ainsi que des minima et des maxima énoncés à l'article R. 871-2 3 du Code de la sécurité sociale, incluant le ticket modérateur.

Toutefois, le présent contrat ne prend pas en charge :

- **la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale,**
- **la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,**
- **les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).**

Les garanties et niveaux de remboursement seront adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant « les contrats responsables ».

Les cotisations pourront évoluer dans les conditions définies à l'article 1.4.

6.6 - Libre choix de l'assuré

Nous pouvons passer des conventions particulières avec les praticiens et les établissements.

Toutefois, les assurés et leurs ayants droit conservent le libre choix du praticien et le libre choix de l'établissement de soins, à condition que celui-ci soit agréé par la Sécurité sociale.

6.7 - Réseau optique

Nous avons conclu un accord auprès d'opticiens constituant un réseau optique pouvant permettre aux assurés et à leurs ayants droit de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses sont engagées au sein de ce réseau. Si votre garantie le prévoit, les majorations de prestations seront indiquées au tableau de garanties.

Pour bénéficier des majorations dans le cadre de notre réseau, les assurés doivent avoir recours au tiers payant.

Dans le cadre de notre réseau optique, les tarifs pratiqués respectent les seuils des contrats responsables tels que mentionnés à l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulables. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées aux conditions particulières.

La liste des opticiens appartenant à notre réseau optique est disponible sur notre site internet **www.malakoffmederic.com**.

6.8 - Réseau audioprothèse

Nous avons conclu un accord auprès d'audioprothésistes constituant un réseau audio permettant aux assurés et à leurs ayants droit de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses sont engagées au sein de ce réseau, notamment des prix négociés sur toutes les gammes d'équipement audio disponibles sur le marché assurant un moindre reste à charge. Votre garantie prévoit des majorations de prestations, elles sont indiquées aux conditions particulières.

Les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulables. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées aux conditions particulières.

La liste des audioprothésistes appartenant à notre réseau audio est disponible sur notre site internet **www.malakoffmederic.com**.

6.9 - Tiers payant

Le service du tiers payant qui permet d'être dispensé de tout ou partie de l'avance des frais est accordé aux assurés et à leurs ayants droit pour les dépenses engagées auprès des professionnels de santé lorsque des conventions ont été conclues entre ces professionnels et nous.

Le bénéfice du tiers payant peut être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximums ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux.

En cas de radiation de vos effectifs, l'assuré doit sans délai nous retourner sa carte de tiers payant santé.

6.10 - Contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle pour tout assuré demandant des prestations notamment pour les garanties dentaire ou optique avant ou après le paiement des prestations.

Nous pouvons avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de notre choix, dont les honoraires sont à notre charge. Si l'assuré refuse de se soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, l'assuré devra adresser à notre médecin-conseil, dans les trente jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

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

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

ARTICLE 7 - LES GÉNÉRALITÉS DE VOTRE CONTRAT

7.1 - Pièces justificatives

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives.

Nous pourrions demander la transmission des originaux de toutes pièces permettant de justifier la dépense réelle engagée afin de contrôler la réalité et le montant des prestations.

Dans l'attente de l'obtention de ces pièces, nous nous réservons le droit de suspendre le remboursement des prestations.

Si nous avons déjà procédé au remboursement, nous serons fondés à l'issue du contrôle à demander la restitution des sommes réglées indûment.

7.2 - Prescription

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

Toutefois ce délai ne court :

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

Lorsque vous, l'assuré ou le bénéficiaire intentez une action en justice à notre encontre et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à votre encontre, celle de l'assuré ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par vos soins, l'assuré ou le bénéficiaire.

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

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception soit que nous adressons à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré ou ses ayants droit nous adresse(nt) en ce qui concerne le règlement de la prestation.

7.3 - Mobilité des assurés à l'étranger

Les garanties sont acquises aux bénéficiaires du présent contrat et notamment :

- aux assurés résidant en France et exerçant leur activité sur le territoire français,
- aux assurés résidant en France et exerçant leur activité professionnelle à l'étranger dans le cadre d'un déplacement professionnel de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale française,
- aux assurés résidant à l'étranger et exerçant leur activité professionnelle sur le territoire français et affiliés au régime de Sécurité sociale française.

Les soins effectués à l'étranger sont remboursés en complément des prestations versées par la Sécurité sociale française et effectués en euros, selon les garanties prévues à votre contrat. Dans le cadre de la différenciation des prestations entre les honoraires déclarés « dans le cadre du contrat d'accès aux soins » et « hors contrat d'accès aux soins », les actes effectués à l'étranger seront remboursés à hauteur des niveaux de remboursement « hors contrat d'accès aux soins » indiqués dans votre tableau de garanties.

Ces garanties s'exercent également au bénéfice des assurés en déplacement de moins de trois mois, en dehors du territoire français, dans le cadre d'un séjour privé.

Les soins effectués à l'étranger sont remboursés à la double condition :

- d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale française,
- d'avoir été engagés de manière inopinée et non programmée (soins urgents).

7.4 - Subrogation

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

L'assuré atteint de blessures imputables à un tiers et/ ou vous, le cas échéant, devez nous en informer lors des formalités de demande de prestations.

7.5 - Réclamation

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, vous ou vos salariés pouvez nous contacter :

- pour vous : reclamation-entreprise@malakoffmederic.com
ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises, 21 rue Laffitte 75009 Paris
- pour vos salariés : reclamation-particulier@malakoffmederic.com
ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers, 21 rue Laffitte 75009 Paris

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif à vos garanties n'a pu être trouvée, vous et les bénéficiaires pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, vous adresser au médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), à l'adresse suivante : 10 rue Cambacères 75008 Paris.

Ce médiateur doit être saisi uniquement après épuisement de nos procédures internes étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de la compétence de celui-ci (ex : les résiliations de contrat, les augmentations de cotisations ou encore les procédures de recouvrement).

7.6 - Informatique et libertés

Les données communiquées par les assurés dans le cadre de votre contrat sont destinées à Malakoff Médéric Prévoyance, responsable de traitement, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé ayant pour finalité d'enregistrer et traiter la demande d'adhésion au contrat. Elles pourront également faire l'objet d'un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Les informations qui sont demandées aux assurés, ainsi que celles qui sont produites à l'occasion de la gestion et de la conclusion de l'adhésion au contrat, sont nécessaires pour prendre en compte leur situation.

Sauf opposition écrite de la part des assurés, ces informations peuvent être communiquées à nos organismes de retraite ou d'assurance ainsi qu'à nos filiales et partenaires, dont la liste leur sera transmise sur simple demande, aux fins de les informer de nos offres de produits et services.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, les assurés bénéficient d'un droit d'accès et de rectification et le cas échéant de suppression aux informations les concernant, et peuvent, pour des motifs légitimes, s'opposer à leur traitement. Les assurés peuvent exercer ce droit en justifiant de leur identité à l'adresse suivante :

MALAKOFF MÉDÉRIC

Pôle informatique et libertés

21 rue Laffitte 75317 Paris cedex 9

ou par courriel : sgil@malakoffmederic.com

7.7 - Autorité de contrôle

Nous sommes soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR, 61 rue Taitbout 75009 Paris.



Malakoff Médéric Prévoyance Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale - 21 rue Laffitte 75317 Paris cedex 09
Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Médéric malakoffmederic.com