

SANTÉ HCR



CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ INDIVIDUELLE

SALARIÉS, ANCIENS SALARIÉS
ET AYANTS DROIT

ÉDITION : 1^{ER} JANVIER 2016



malakoff médéric



SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
DÉFINITIONS	4
Article 1 - Cadre juridique – Objet	5
Article 2 - Souscription du contrat – Évolution	5
Article 3 - Bénéficiaires	6
Article 4 - Conditions de souscription	7
Article 5 - Prise d'effet et cessation des garanties – Changement de formule	8
Article 6 - Résiliation du contrat	9
Article 7 - Cotisation	10
Article 8 - Prestations	10
Article 9 - Prescription	13
Article 10 - Territorialité	13
Article 11 - Contrôle de l'organisme assureur – Réclamation – Informatique et libertés	14

PRÉAMBULE

Vous êtes salarié d'une entreprise qui adhère au régime conventionnel HCR frais de santé mis en place par la Convention collective nationale des Hôtels Cafés Restaurants (accord du 6 octobre 2010).

Vous pouvez souscrire un contrat individuel :

- **Si vous êtes en activité**, cela vous permet de compléter la couverture santé dont vous bénéficiez à titre obligatoire par l'intermédiaire de votre entreprise, pour vous-même et/ou vos ayants droit.
- **Si vous n'êtes plus en activité** (suspension ou rupture du contrat de travail), sous certaines conditions, cela vous permet ainsi qu'à vos ayants droit de continuer de bénéficier d'une couverture santé en relais de la période de garantie au titre de l'entreprise.

Également, la souscription de ce contrat individuel est possible pour vos ayants droit, dans le cas où ils souhaiteraient continuer de bénéficier de la garantie frais de santé suite à votre décès.

Les différentes formules qui vous sont proposées dans le cadre de ce contrat individuel sont dédiées à votre branche professionnelle.

Votre adhésion individuelle est obligatoirement enregistrée auprès de l'Institution ayant recueilli l'adhésion de votre entreprise ou ancienne entreprise (ou mutuelle appartenant au même groupe), c'est-à-dire :

Malakoff Médéric Prévoyance, Institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale, ayant son siège social 21 rue Laffitte 75009 PARIS,

ci-après dénommée l'organisme assureur.

L'organisme assureur a délégué la gestion administrative des contrats individuels, ainsi que la gestion des prestations de frais de santé, à :

GPS Gestion Prestation Service SAS, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 490 527 199, ayant son siège social 51 avenue Hoche, 75008 PARIS ;

Site administratif : 5 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 41200 Romorantin Lanthenay

Adresse postale : GPS – 41207 Romorantin CEDEX

DEFINITIONS

Bénéficiaire / assuré	Personne couverte par le contrat individuel.
Contrat collectif base CCN des salariés	Contrat d'assurance collective frais de santé souscrit par l'employeur au bénéfice de ses seuls salariés.
Contrat collectif extension CCN ayants droit	Contrat de garantie frais de santé souscrit par l'employeur au bénéfice des ayants droit de ses salariés afin qu'ils bénéficient du même niveau de garantie.
Garantie	Engagement de l'organisme assureur, en contrepartie du paiement de la cotisation prévue au contrat, de verser une prestation en cas de dépenses de frais de santé couvertes par le contrat, engagées au cours d'une période d'assurance.
Organisme assureur	Institution de prévoyance ou Mutuelle auprès de laquelle est souscrit le contrat individuel.
Prestation	Exécution de la garantie par l'organisme assureur ayant recueilli le contrat individuel.
Sécurité sociale	Organisme gestionnaire d'un régime de base obligatoire : régime général, régime Alsace Moselle, Mutualité Sociale Agricole, régime des étudiants.
Souscripteur	Salarié ou ancien salarié d'une entreprise adhérente contrat collectif base CCN des salariés, souscrivant à titre individuel le présent contrat ; le cas échéant, l'ayant droit du salarié ou ancien salarié venant à décéder.

ARTICLE 1 CADRE JURIDIQUE - OBJET

Le présent **contrat individuel**, régi par le Livre IX, Titre III, du Code de la sécurité sociale (articles L.932-14 et suivants), est souscrit auprès de Malakoff Médéric Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, ci-après dénommée l'organisme assureur.

Il a pour objet, en contrepartie du paiement des cotisations, d'assurer aux bénéficiaires définis à l'article 3 le remboursement de tout ou partie des frais de santé pris en charge par le régime général de la Sécurité sociale (ou autre régime de base) au titre de l'assurance maladie ; toutefois, les conditions de garanties peuvent prévoir le remboursement de certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale, sous réserve qu'il s'agisse de spécialités ou actes à caractère thérapeutique.

Peuvent souscrire exclusivement :

- les salariés bénéficiant du « **contrat collectif base CCN des salariés** » (contrat collectif souscrit par l'employeur), pour eux-mêmes et/ou leurs ayants droit,
- les salariés en suspension de contrat de travail cessant pendant cette période de bénéficier du « **contrat collectif base CCN des salariés** », pour eux-mêmes et/ou leurs ayants droit,
- les anciens salariés bénéficiant du « **contrat collectif base CCN des salariés** » (contrat collectif souscrit par l'employeur) à la date de cessation ou rupture du contrat de travail, pour eux-mêmes et/ou leurs ayants droit,
- les ayants droit qui étaient garantis du chef d'un salarié ou ancien salarié venant à décéder (c'est-à-dire les ayants droit garantis au titre d'un contrat collectif souscrit par l'entreprise, ou garantis au titre d'un contrat individuel souscrit par le salarié ou ancien salarié),

Les souscripteurs ainsi définis deviennent membres participants de Malakoff Médéric Prévoyance.

Le contrat est souscrit obligatoirement auprès de l'organisme assureur qui a recueilli l'adhésion de l'entreprise au « **contrat collectif base CCN des salariés** », entreprise au sein de laquelle exercent les salariés ou ont exercé les anciens salariés.

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

ARTICLE 2 SOUSCRIPTION DU CONTRAT - EVOLUTION

2.1. FORMATION DU CONTRAT

Le contrat est composé de deux parties indissociables :

- les présentes **Conditions générales** valant Notice d'information, définissant les conditions d'assurance, les obligations réciproques des parties,
- le **Certificat d'adhésion** valant Conditions particulières émis par l'organisme assureur ou pour son compte par l'organisme ayant reçu délégation, définissant la date d'effet de l'adhésion, les bénéficiaires, la formule de garanties choisie par le souscripteur, le montant mensuel de la cotisation correspondante.

et le cas échéant des avenants y afférant.

Le contrat prend effet à la date indiquée au Certificat d'adhésion et expire au 31 décembre suivant ; il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation, dans les conditions de forme et délais exposées à l'article 6.

2.2. FORMULES DE GARANTIES FRAIS DE SANTÉ PROPOSÉES ET ARTICULATION AVEC LE « CONTRAT COLLECTIF BASE CCN DES SALARIÉS »

Les formules proposées par le contrat sont :

- formule « **base CCN** », soit un niveau de garanties identique au niveau de base conventionnel (« **contrat collectif base CCN des salariés** » souscrit par l'entreprise),
- formule « **surcomplémentaire** » à choisir parmi plusieurs options, permettant un remboursement complémentaire, au régime « **base CCN** » ou au contrat collectif obligatoire souscrit par l'entreprise, sur certains postes de soins.

L'adhésion à la formule **surcomplémentaire** est possible, exclusivement, en complément du régime de base (formule « **base CCN** »).

Lorsque l'entreprise a souscrit un contrat collectif obligatoire comportant un niveau de garanties **surcomplémentaire**, l'adhésion individuelle à une formule **surcomplémentaire supérieure** s'entend pour le différentiel de prestations entre ces deux niveaux de garanties ; le montant de la cotisation est adapté en conséquence.

Le salarié et ses ayants droit doivent bénéficier d'une formule identique.

2.3. FORMALITÉS DE SOUSCRIPTION

Le souscripteur, c'est-à-dire le salarié ou ancien salarié, ou en cas de décès de ce dernier l'ayant droit, doit remplir un bulletin de souscription sur lequel il déclare les bénéficiaires et choisit la formule de garanties frais de santé ; ces déclarations servent de base à l'établissement du Certificat d'adhésion.

Les choix effectués par le souscripteur s'imposent aux bénéficiaires.

Pour que la demande de souscription puisse être prise en compte, elle doit comporter toutes les pièces justificatives concernant les bénéficiaires déclarés, conformément aux indications précisées sur le bulletin de souscription (attestation carte vitale, justificatif de la qualité d'ayant droit, ...), un mandat de prélèvement SEPA, ainsi qu'un relevé d'identité bancaire (RIB). Le souscripteur doit obligatoirement être titulaire ou co-titulaire du compte bancaire, ce compte devant obligatoirement être domicilié en France.

2.4. FACULTÉ DE RENONCIATION

Le souscripteur dispose de la faculté de renoncer au contrat, dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet du contrat.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au siège de l'organisme assureur ou à l'organisme ayant reçu délégation, suivant le modèle suivant :

« Je soussigné déclare renoncer à la souscription du contrat individuel HCR 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 30 jours suivant la réception de ce courrier. Toutefois, si des prestations ont été accordées, les sommes perçues par les bénéficiaires devront être préalablement et intégralement restituées.

Les mêmes dispositions s'appliquent ultérieurement en cas de modification du contrat acceptée par le souscripteur.

2.5. ÉVOLUTION DU CONTRAT

Les modifications apportées au contrat prennent effet à la date d'effet précisée par l'avenant ou le nouveau certificat d'adhésion adressé au souscripteur par l'organisme assureur ou pour son compte par l'organisme ayant reçu délégation.

2.6. MODIFICATION DE L'ENVIRONNEMENT LÉGISLATIF ET/OU RÉGLEMENTAIRE

Le niveau des garanties ainsi que le montant de la cotisation ont été définis en fonction de la législation et

de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet. **L'engagement de l'organisme assureur est acquis pour autant que ce cadre perdure.**

En cas d'instauration ou de modification par les Pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, l'organisme assureur est fondé à modifier le contrat afin d'apporter les aménagements nécessaires, selon le cas, au niveau des cotisations et/ou au niveau des prestations.

ARTICLE 3 BÉNÉFICIAIRES

3.1. DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES

Selon le contrat souscrit, peuvent être bénéficiaires :

- le salarié ou ancien salarié, tels que définis à l'article 1 ;
- les ayants droit tels que définis ci-après.

Les ayants droit pris en charge par le contrat sont, sous réserve d'avoir été déclarés :

- **Le conjoint du salarié** (ou ancien salarié), le vocable conjoint étant utilisé pour désigner :
 - le conjoint (non divorcé),
 - la personne liée par un PACS (pacte civil de solidarité),
 - le concubin, les deux concubins devant vivre sous le même toit (l'adresse retenue par la Sécurité sociale faisant foi) et être libres de tout lien conjugal ou de PACS.
- **Les enfants célibataires du salarié (ou ancien salarié) ou de son conjoint :**
 - considérés par la Sécurité sociale comme à charge du salarié (ou ancien salarié) ou de son conjoint,
 - âgés de moins de 28 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études y compris dans l'Union européenne et sont affiliés à un régime obligatoire de sécurité sociale au titre des étudiants ou des assurés volontaires,
 - âgés de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage,
 - âgés de moins de 26 ans à condition qu'ils soient à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi, et qu'ils soient fiscalement à charge du salarié (ou ancien salarié) ou du conjoint (entrant dans le calcul du quotient familial ou bénéficiant d'une pension alimentaire déductible du revenu imposable),
 - handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires avant leur 21^e anniversaire de la carte d'invalidité civil.

3.2. AFFILIATION ET RADIATION DE BÉNÉFICIAIRES

Il appartient au souscripteur de déclarer :

- les nouveaux bénéficiaires qu'il souhaite adjoindre au contrat (mariage, naissance...), pour prise en compte au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande (toutefois, l'affiliation peut être effective au 1^{er} jour du mois de l'embauche, de la naissance de l'enfant, de la sortie des effectifs, en cas de demande dans les 30 jours et sous réserve du paiement de la cotisation pour le mois entier) ;
- les bénéficiaires qui ne remplissent plus les conditions requises (divorce, enfant cessant d'être à charge...), et ce sans délai, afin d'éviter que des prestations soient indûment versées ;

Indépendamment de la radiation de l'ensemble des bénéficiaires résultant de la résiliation du contrat (cf. article 6), il est précisé que la radiation de l'un des bénéficiaires peut être demandée par le souscripteur :

- à l'échéance annuelle du contrat : la demande doit être adressée au plus tard le 31 octobre, la radiation prenant effet au 31 décembre,
- en cas de changement de situation de famille, de chômage total du souscripteur, bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS ou en cas d'affiliation à un régime obligatoire d'entreprise (souscripteur ou conjoint) ; pour être recevable, la demande doit être adressée dans les 30 jours suivant l'événement, la résiliation prenant effet au dernier jour du mois de la réception de la demande.

L'affiliation de l'ayant droit ainsi radié ne pourra être à nouveau recevable qu'à l'expiration d'un délai de 24 mois, sauf changement de situation (changement de situation de famille, bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS, cessation de l'obligation d'affiliation à un régime d'entreprise) tel qu'évoqué ci-dessus.

ARTICLE 4 CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

4.1. SALARIÉS EN ACTIVITÉ

Tout salarié bénéficiant à titre obligatoire du « contrat collectif base CCN des salariés » par l'intermédiaire de son entreprise, et tant que cette condition est remplie, peut souscrire au présent contrat, comportant :

- pour lui-même : une adhésion à une formule surcomplémentaire,
- et/ou au bénéfice de ses ayants droit non couverts par le « contrat collectif extension CCN ayants droit » :
- une adhésion à la formule « base CCN », complétée le cas échéant d'une option surcomplémentaire,

- et/ou au bénéfice de ses ayants droit couverts par le « contrat collectif extension CCN ayants droit » :
- une adhésion à une formule surcomplémentaire.

Le salarié et ses ayants droit doivent bénéficier d'une formule identique.

Les dispositions applicables en cas de suspension ou cessation du contrat de travail du salarié sont exposées aux deux articles suivants.

4.2. SALARIÉS DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU

Lorsqu'un salarié et le cas échéant ses ayants droit cessent temporairement de bénéficier des garanties du régime mis en place par l'entreprise* (c'est-à-dire le « contrat collectif base CCN des salariés » et/ou du « contrat collectif extension CCN ayants droit »), du fait de la suspension de son contrat de travail, celui-ci peut, afin de bénéficier d'une continuité de la couverture frais de santé, souscrire l'une des formules du présent contrat pour une durée déterminée, c'est à dire :

- du 1^{er} jour du mois civil suivant la date de suspension des garanties du régime d'entreprise jusqu'au dernier jour du mois civil précédant la reprise d'activité.

La demande doit être faite au plus tard dans les 30 jours suivant la date d'effet de la suspension du contrat de travail.

EN PRÉSENCE D'UN CONTRAT INDIVIDUEL SOUSCRIT PENDANT LA PÉRIODE D'ACTIVITÉ

Eu égard à la nature complémentaire du présent contrat, la suspension des garanties du régime de l'entreprise rappelée ci-dessus, s'applique obligatoirement, pour la même période, au contrat individuel souscrit par le salarié pendant sa période d'activité (article 4.1), tant pour lui-même que pour ses éventuels ayants droit.

Toutefois, afin de bénéficier d'une continuité de couverture, le salarié peut compléter son contrat individuel par une adhésion temporaire à la formule correspondant « contrat collectif base CCN des salariés » (c'est-à-dire « base CCN » et le cas échéant surcomplémentaire), ceci pour la durée de suspension des garanties du « contrat collectif base CCN des salariés ».

* Pour mémoire, il est rappelé que les garanties du régime d'entreprise sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail, sauf pendant les périodes donnant lieu à maintien de rémunération par l'employeur ou indemnisation de la Sécurité sociale.

4.3. CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL – ANCIENS SALARIÉS

Tout salarié bénéficiant à titre obligatoire du « contrat collectif base CCN des salariés » par l'intermédiaire de son entreprise peut, en cas de cessation ou rupture du contrat de travail, souscrire un contrat individuel comportant, au bénéfice de lui-même et de ses ayants droit :

- une adhésion à la formule « base CCN », complétée le cas échéant d'une option surcomplémentaire.

L'ancien salarié et ses ayants droit doivent bénéficier d'une formule identique.

L'adhésion au bénéfice des seuls ayants droit n'est pas possible.

Pour être recevable, la souscription doit être demandée dans les 6 mois qui suivent la cessation ou rupture du contrat de travail. Toutefois, lorsque l'ancien salarié est indemnisé par le régime d'assurance chômage et bénéficie du dispositif de portabilité* par l'intermédiaire de son ancienne entreprise, le point de départ de ce délai de 6 mois est reporté à l'issue de la période de portabilité.

EN PRÉSENCE D'UN CONTRAT INDIVIDUEL SOUSCRIT PENDANT LA PÉRIODE D'ACTIVITÉ

Si pendant sa période d'activité le salarié avait souscrit un contrat individuel dans les conditions visées à l'article 4.1, les dispositions suivantes s'appliquent :

- en cas de contrat souscrit par le salarié à son seul bénéfice, à une formule surcomplémentaire, l'ancien salarié peut :
 - adhérer à la formule « base CCN » et, soit maintenir, soit résilier l'option surcomplémentaire,
 - à défaut le contrat est résilié de plein droit.
- en cas de souscription du salarié au bénéfice de ses ayants droit, quelle que soit la formule retenue : le contrat ne peut perdurer que si l'ancien salarié complète son contrat par une adhésion pour lui-même (même formule que les ayants droit) ; à défaut, le contrat est résilié de plein droit.

Si l'ancien salarié ne souhaite pas être couvert dans le cadre du présent contrat individuel, le contrat souscrit pendant sa période d'activité sera résilié de plein droit à la même date d'effet que la cessation des garanties au titre de la garantie frais de santé mise en place par l'entreprise, tant pour lui-même que pour ses ayants droit.

* cf. notice d'information du régime d'entreprise : maintien temporaire des garanties en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage.

4.4. AYANTS DROIT GARANTIS DU CHEF D'UN SALARIÉ OU ANCIEN SALARIÉ DÉCÉDÉ

Les ayants droit garantis du chef d'un salarié ou ancien salarié décédé, que le bénéfice de cette garantie soit issu du contrat collectif souscrit par l'employeur ou du contrat individuel souscrit dans le cadre des présentes conditions générales par le salarié ou ancien salarié (articles 4.1 et 4.3), peuvent demander à souscrire un contrat comportant :

- une adhésion à la formule « base CCN »,
- complétée le cas échéant d'une option surcomplémentaire.

Il est rappelé que les ayants droit doivent tous bénéficier du même niveau de garanties.

Pour être recevable, la souscription doit être demandée dans les 6 mois qui suivent le décès.

À défaut de souscription en leur nom, les ayants droit cessent de bénéficier des garanties au dernier jour du mois au cours duquel est survenu le décès du salarié ou ancien salarié, le contrat souscrit par ce dernier étant résilié de plein droit.

ARTICLE 5 PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES – CHANGEMENT DE FORMULE - DURÉE

5.1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

En préambule, il est précisé que la prise d'effet des garanties ne peut en aucun cas être antérieure à celle du « contrat collectif base CCN des salariés » notamment lorsque l'affiliation à ces deux régimes intervient simultanément.

Les bénéficiaires déclarés lors de la souscription du présent contrat bénéficient **au plus tôt** des garanties de la formule choisie :

- à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande de souscription complète* (bulletin de souscription et pièces justificatives) (toutefois, l'affiliation peut être effective au 1^{er} jour du mois de l'embauche, de la naissance de l'enfant, de la sortie des effectifs, en cas de demande dans les 30 jours et sous réserve du paiement de la cotisation pour le mois entier).

La même règle est appliquée en cas de déclaration postérieure d'un nouveau bénéficiaire, les dates d'effet étant déterminées en fonction de la date de réception de la demande*.

* Le souscripteur peut, sur le bulletin de souscription, demander une prise d'effet à une date postérieure, qui sera en tout état de cause le 1^{er} jour d'un mois civil.

5.2. MODALITÉS DE CHANGEMENT DE FORMULE

Le changement de formule vers un niveau de garanties plus élevé est possible à tout moment ; le changement prend effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de la demande.

Le changement de formule vers un niveau de garanties moins élevé est possible uniquement après 24 mois d'adhésion de date à date ; le changement prend effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de la demande.

Cependant, en cas d'évolution de la situation familiale du souscripteur (mariage, divorce, naissance...), ainsi qu'en cas de chômage total, celui-ci peut changer de formule, sous réserve d'en faire la demande dans les 30 jours suivant l'évènement. La modification prend effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de la demande.

5.3. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent pour chaque bénéficiaire à la date à laquelle il ne répond plus aux conditions requises au sens du contrat (cf. définitions à l'article 3.1).

Pour les ayants droit, les garanties cessent en outre à la date de leur radiation demandée par le souscripteur, conformément aux dispositions de l'article 3.2.

Les garanties cessent en tout état de cause, pour l'ensemble des bénéficiaires, à la date de résiliation du contrat.

Lorsque les droits à garanties cessent, le souscripteur a l'obligation de restituer la carte de tiers payant et d'aviser les professionnels de santé auxquels lui et/ou ses ayants droit bénéficiaires font habituellement appel afin que ceux-ci mettent à jour leurs fichiers informatiques servant au processus de télétransmission.

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

ARTICLE 6 RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat est résilié de plein droit au dernier jour du mois civil au cours duquel les conditions de souscription cessent d'être réunies, c'est-à-dire dans les cas suivants :

- le salarié ou ancien salarié souscripteur cesse de bénéficier du « contrat collectif base CCN des salariés » par l'intermédiaire du contrat collectif de l'entreprise, sous réserve des dispositions des articles 4.2 et 4.3 (suspension / cessation du contrat de travail) ;
- en cas de contrat souscrit au bénéfice des seuls ayants droit, lorsque le dernier d'entre eux cesse d'être garanti (cf. article 5.3) ;

- en cas de contrat souscrit pour une période déterminée, au terme prévu lors de la souscription, conformément aux dispositions exposées aux articles 4.2 (salariés en suspension de contrat de travail) ;

- en cas de décès du souscripteur.

Le contrat peut être résilié à l'initiative du souscripteur, par lettre recommandée avec avis de réception adressée au siège de l'organisme assureur ou de l'organisme ayant reçu délégation, dans les cas suivants :

- à l'échéance annuelle du contrat : la demande doit être adressée au plus tard le 31 octobre, la résiliation prenant effet au 31 décembre ;
- en cas de changement de situation de famille, de chômage total du souscripteur de bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS ou en cas d'affiliation à un régime obligatoire d'entreprise (souscripteur ou conjoint) ; pour être recevable, la demande doit être adressée dans les 30 jours suivant l'évènement, la résiliation prenant effet au dernier jour du mois de la réception de la demande ;
- dans le cadre de la faculté de renonciation au contrat exposée à l'article 2.4.

En cas de résiliation à l'initiative du souscripteur, celui-ci ne pourra demander à souscrire à nouveau un contrat dans le cadre des présentes conditions générales avant l'expiration d'un délai de 24 mois, sauf si la demande fait suite à un changement de situation tel qu'évoqué ci-dessus (changement de situation de famille, cessation de l'obligation d'affiliation à un régime d'entreprise, de bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS).

Le contrat peut être résilié à l'initiative de l'organisme assureur, en cas de non paiement des cotisations par le souscripteur (cf. article 7.3). Le souscripteur ne pourra demander à souscrire à nouveau un contrat dans le cadre des présentes conditions générales avant l'expiration d'un délai de 24 mois et dans tous les cas, en l'absence de régularisation des cotisations impayées.

ARTICLE 7 COTISATION

7.1. MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation, exprimée sous forme de forfait mensuel non proratisable, est fixée au Certificat d'adhésion. Son montant est fonction :

- du nombre et de l'âge des bénéficiaires déclarés, selon une structure de cotisation Adulte / Enfant ;

- du régime de Sécurité sociale d'appartenance (régime général ou Alsace Moselle).

Le montant de la cotisation ainsi fixée inclut les taxes et/ou contributions obligatoires en vigueur.

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (Loi Evin) et du décret n° 90-769 du 30 août 1990, il est précisé que les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés en activité (pour une garantie identique), pour les bénéficiaires suivants : anciens salariés bénéficiaires d'une allocation versée par le régime d'assurance chômage (Pôle Emploi), d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou d'une pension de retraite, ainsi que les ayants droit garantis du chef d'un salarié décédé.

7.2. ÉVOLUTION DE LA COTISATION – AVIS D'ÉCHÉANCE ANNUELLE

Le montant de la cotisation est ajusté à chaque échéance annuelle, en fonction notamment de l'évolution de la consommation médicale (indice CMT), des taxes et/ou contributions éventuellement modifiées, des résultats techniques du périmètre de mutualisation constitué des contrats individuels souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales.

L'organisme assureur ou pour son compte l'organisme ayant reçu délégation, adresse au souscripteur un avis d'échéance annuelle.

Si l'avis d'échéance est adressé au moins 15 jours avant le 31 octobre, le souscripteur souhaitant dénoncer son contrat devra le faire dans les conditions de délai et de forme exposées à l'article 6.

Si l'avis d'échéance est adressé moins de 15 jours avant le 31 octobre ou postérieurement, le souscripteur souhaitant dénoncer son contrat disposera d'un délai de 20 jours à compter de l'envoi de l'avis, dans les conditions de forme exposées à l'article 6 ; la résiliation prend alors effet au 31 décembre ou postérieurement au dernier jour du mois de la réception de la demande.

7.3. PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est payable mensuellement, pour le mois en cours (terme à échoir), par prélèvement sur un compte bancaire ouvert en France, le 5ème jour du mois ou le 1^{er} jour ouvré qui suit.

À défaut du paiement de l'intégralité de la cotisation dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure est adressée au souscripteur par lettre recommandée avec avis de réception, par l'organisme assureur ou pour son compte par l'organisme ayant reçu délégation.

En cas de non paiement persistant, le contrat est résilié sans nouvel avis au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la mise en demeure.

ARTICLE 8 PRESTATIONS

8.1. CONTRAT RESPONSABLE

Le régime frais de santé répond aux critères qualifiant les contrats de responsables par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

S'agissant des niveaux de prestations minimum et maximum prévus par les textes, selon les principes précisés ci-dessous, la prise en charge par le contrat s'entend en tenant en compte des remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire ainsi que par un contrat socle (le contrat « garantie de base » ou tout autre contrat complémentaire) qui intervient avant le présent contrat, ceci dans la limite des frais facturés.

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

- 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 ;
- intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée.

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 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), 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.160-13 du Code de la sécurité sociale ;

- la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).

8.2. FRAIS DE SANTÉ PRIS EN CHARGE

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

La formule surcomplémentaire intervient uniquement en cas de reste à charge après intervention de l'un des contrats de base.

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

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

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

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

- les acupuncteurs doivent être 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 les ostéopathes, d'être titulaire du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession ;
- pour les chiropracteurs, d'être titulaire d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de chiropracticiens ou par un institut agréé par l'Union européenne de chiropracticiens et être membres de l'Association française de chiropractique (AFC) ;
- pour les étiopathes, être reconnus professionnellement et habilités à réaliser de tels actes ;
- le remboursement est conditionné à la présentation d'une facture établie par le praticien mentionnant le diplôme de celui-ci.

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

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

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

Dans le respect des critères du contrat responsable exposés ci-dessus, le contrat participe 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 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 le 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 (verres + monture) peut être remboursé est identique (la période débute à la date d'acquisition du 1^{er} 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 présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécu-

rité sociale (cas de l'adaptation par l'opticien d'une prescription médicale sauf opposition du médecin, dans les conditions visées à l'article L.4362-10 du Code de la santé publique).

8.3. PRINCIPE INDEMNITAIRE

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

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

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

Ces dispositions ne s'appliquent pas au cas particulier de l'allocation de naissance ou d'adoption.

8.4. MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

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

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

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

Les pièces justificatives sont notamment les suivantes :

- Quelle que soient la nature des dépenses engagées :
 - les décomptes originaux de remboursement de la Sécurité sociale ou décompte téléchargé sur amel.fr,
 - le cas échéant, le décompte original d'une autre mutuelle ayant déjà procédé à un remboursement partiel.

- En cas d'hospitalisation :

- la facture acquittée de l'établissement hospitalier mentionnant les frais engagés, la participation de la Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, la codification de l'acte opératoire ;
- le reçu du ticket modérateur indiquant la nature des soins et la participation de la Sécurité sociale.

- Pour l'orthodontie :

- la facture détaillée et acquittée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et de fin de semestre (date de soins devant être comprise pendant la période de couverture) ;
- la notification éventuelle de refus de prise en charge de la Sécurité sociale et éventuellement celle relative à un traitement de contention.

- Pour les prothèses dentaires :

- l'original de la facture détaillée et acquittée des frais engagés précisant la codification en lettres-clé des travaux effectués.

- Pour l'optique :

- pour les lunettes : l'original de la facture de l'opticien indiquant les frais réellement engagés pour les verres et la monture (facturés distinctement) ;
- pour les lentilles de contact correctrices, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que la prescription médicale datant de moins de deux ans.

- Pour la cure thermique :

- la (les) facture(s) détaillée(s) avec les frais d'hébergement, de transport, de soins et d'honoraires des médecins.

- Pour les prestations non prises en charge par la Sécurité sociale :

- la facture délivrée par le professionnel de santé (lentilles correctrices, ostéopathie, chiropractie...).

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

8.5. SUBROGATION

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

8.6. EXPERTISE MÉDICALE

L'organisme assureur peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par son médecin conseil ou tout autre professionnel de santé, en cas de dépenses anormalement élevées et/ou répétées ou encore en cas de suspicion de fraude

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

En cas de désaccord, il sera formé une commission d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, désigné par le président du tribunal 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 sont supportés à parts égales entre les deux parties.

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

ARTICLE 9 PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est interrompue par une des causes

ordinaires d'interruption de la prescription que sont :

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

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

ARTICLE 10 TERRITORIALITE

La garantie est acquise pour les frais de santé engagés sur le territoire français y compris les départements d'outre mer.

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

Dans tous les cas, sont pris en charge, à hauteur des minima résultant du « contrat responsable », les dépenses préalablement admises au remboursement du régime français de sécurité sociale dont relève l'assuré. S'agissant de la différenciation des honoraires au regard de la notion de « 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 ».

ARTICLE 11 CONTRÔLE DE L'ORGANISME ASSUREUR - RÉCLAMATION – INFORMATIQUE ET LIBERTES

11.1. CONTRÔLE

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

11.2. RÉCLAMATION RELATIVE À L'APPLICATION DU CONTRAT

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur et ses éventuels ayants droit bénéficiaires, doivent s'adresser en priorité à l'organisme assureur.

Si un différend persistait après réponse de l'organisme assureur, et sans préjudice du droit d'agir en justice, le souscripteur et ses éventuels ayants droit bénéficiaires peuvent s'adresser au Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), à l'adresse suivante : 10 rue Cambacères - 75008 Paris ou sur le site www.ctip.asso.fr. Le Médiateur peut être saisi uniquement après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations, étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence (ex. la résiliation du contrat, l'augmentation de la cotisation ou encore les procédures de recouvrement).

11.3. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution du contrat, les données à caractère personnel des

assurés font l'objet d'un traitement au sens de la loi « informatique et libertés » (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Les données collectées sont indispensables à ce traitement et sont destinées aux services concernés de l'Institution et, le cas échéant, de ses sous traitants et prestataires.

Les assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression, de toute information les concernant figurant dans les fichiers de l'Institution et de ses éventuels mandataires intervenant dans la gestion ou l'exécution du contrat.

Sauf opposition écrite de leur part, ces informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite ou d'assurance du groupe auquel appartient l'Institution ainsi qu'à ses filiales et partenaires, aux fins d'information sur leur offre de produits et services.

Les courriers, signés et accompagnés d'une copie d'un justificatif d'identité, sont à adresser au siège social de l'Institution.



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