

Garantie Santé Entreprises



Conditions générales



Sommaire

Préambule.....	page 4	■
Définitions.....	page 4	■

■ CONDITIONS GÉNÉRALES CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE

1 Dispositions générales

Article 1 - Nature et objet du contrat	page 6	■
Article 2 - Date d'effet et durée du contrat	page 6	■
Article 3 - Personnel garanti.....	page 6	■
Article 4 - Ayants droit.....	page 6	■
Article 5 - Déclarations	page 7	■

2 Descriptions des garanties

Article 6 - Étendue des garanties	page 7	■
---	--------	---

3 Cotisations

Article 7 - Montant de la cotisation	page 8	■
Article 8 - Indexation et révision de la cotisation.....	page 8	■
Article 9 - Paiement de la cotisation.....	page 8	■
Article 10 - Non-paiement de la cotisation.....	page 8	■

■ CONDITIONS GÉNÉRALES CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE

1 Dispositions générales

Article 1 - Objet du contrat	page 10	■
Article 2 - Date d'effet du contrat	page 10	■
Article 3 - Adhésion du participant.....	page 10	■
Article 4 - Date d'effet de l'adhésion	page 10	■
Article 5 - Cessation des garanties.....	page 10	■
Article 6 - Révision des garanties	page 10	■

2 Descriptions des garanties

Article 7 - Étendue des garanties	page 11	■
Article 8 - Modification des garanties	page 11	■

3 Cotisations

Article 9 - Montant de la cotisation	page 11	■
Article 10 - Indexation et révision de la cotisation.....	page 11	■
Article 11 - Paiement de la cotisation	page 11	■
Article 12 - Non-paiement de la cotisation.....	page 11	■
Article 13 - Délai de renonciation.....	page 11	■

DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONTRATS COLLECTIFS À ADHÉSION OBLIGATOIRE ET À ADHÉSION FACULTATIVE

1 Dispositions communes aux deux contrats collectifs

Article 1 - Subrogation.....	page 14	■
Article 2 - Prescription.....	page 14	■
Article 3 - Protection des données personnelles.....	page 14	■
Article 4 - Autorité de contrôle.....	page 14	■
Article 5 - Réclamations	page 14	■
Article 6 - Médiation.....	page 14	■
Article 7 - Déchéance des garanties en cas de fraude.....	page 15	■
Article 8 - Information du participant.....	page 15	■
Article 9 - Rapport annuel.....	page 15	■

2 Définitions des garanties

Article 10 - Objet de la garantie.....	page 15	■
Article 11 - Exclusions de garanties	page 16	■

3 Règlement des prestations

Article 12 - Pièces justificatives	page 18	■
--	---------	---

4 Maintien de l'assurance

Article 13 - Maintien d'assurance en cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à rémunération	page 18	■
---	---------	---

5 Maintien de l'assurance

Article 14 - Maintien d'assurance dans le cadre du dispositif dit de "portabilité".....	page 18	■
Article 15 - Maintien de la couverture dans le cadre de la Loi Evrin	page 19	■

ANNEXE

Lexique	page 22	■
---------------	---------	---

PRÉAMBULE

L'offre collective Garantie Santé Entreprises est composée d'un contrat collectif à adhésion obligatoire et d'un contrat collectif à adhésion facultative conclus entre l'entreprise souscriptrice désignée aux conditions particulières d'une part, et Macif-Mutualité d'autre part.

Les dispositions contractuelles comprennent les conditions générales du contrat collectif à adhésion obligatoire et celles du contrat collectif à adhésion facultative ainsi que les conditions particulières propres à l'entreprise souscriptrice.

Les conditions générales de chacun des contrats sont présentées dans le présent document. Le présent document comporte 3 parties :

- 1^{re} partie : les conditions générales propres au contrat collectif à adhésion obligatoire ;
- 2^e partie : les conditions générales propres au contrat collectif à adhésion facultative ;
- 3^e partie : les dispositions communes aux deux contrats.

Ces contrats sont soumis au Code de la mutualité. Ces contrats sont soumis à la loi française. La langue utilisée est le français.

DÉFINITIONS

Les définitions ci-dessous visent à faciliter la compréhension de l'offre. Un lexique des termes techniques est également disponible en annexe.

Assuré

Personne physique nommément désignée dans le bulletin d'affiliation ou d'adhésion sur qui reposent les garanties.

Contrat de base

Ce terme désigne le contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise auprès de Macif-Mutualité et ayant pour objet d'accorder aux participants des prestations complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Contrat facultatif

Ce terme désigne le contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'entreprise auprès de Macif-Mutualité et ayant pour objet de proposer au participant des garanties surcomplémentaires tant pour lui-même que pour ses ayants droit. Ces garanties s'ajoutent à celles du contrat complémentaire santé de base.

Entreprise souscriptrice

Entreprise ayant souscrit le contrat collectif à adhésion obligatoire et le contrat collectif à adhésion facultative au profit de ses salariés ou d'une catégorie objective de ses salariés.

Participant

Salarié défini aux conditions particulières obligatoirement affilié au contrat collectif obligatoire. Le salarié peut choisir d'adhérer à l'une des formules du contrat collectif à adhésion facultative.

**CONDITIONS GÉNÉRALES
CONTRAT COLLECTIF**



**À ADHÉSION
OBLIGATOIRE**



PRÉAMBULE

Le présent contrat est un contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise souscriptrice au profit de ses salariés ou d'une catégorie objective de ses salariés, définis aux conditions particulières. Ce contrat est conclu dans le cadre du régime frais de santé mis en place en application d'un accord d'entreprise, d'un référendum ou d'une décision unilatérale de l'employeur.

Le présent contrat obligatoire est composé

- des conditions générales décrites dans le présent document (dispositions propres au contrat obligatoire et dispositions communes au contrat obligatoire et au contrat facultatif)
- des conditions particulières qui forment un tout indivisible.

1

Dispositions générales

Article 1 - Nature et objet du contrat

Le contrat a pour objet :

- le remboursement de tout ou partie des frais de santé en complément des prestations en nature de la Sécurité sociale,
- le remboursement de certains frais médicaux, expressément prévus dans le tableau de garanties, n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Ces remboursements sont accordés sous réserve des limitations de garanties et exclusions prévues aux conditions générales.

Le contrat permet également de bénéficier de garanties d'assistance.

Article 2 - Date d'effet et durée du contrat

Le contrat prend effet à la date fixée aux conditions particulières. Il est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation notifiée par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée envoyée au moins deux mois avant la date d'échéance, le cachet de la poste faisant foi. Il est possible à l'entreprise souscriptrice de faire parvenir un envoi recommandé électronique à l'adresse mail relationsentreprises@macif.fr. La résiliation du contrat est effective le 31 décembre de l'année de dénonciation à minuit.

Article 3 - Personnel garanti

Condition d'affiliation à l'assurance

Sont affiliés au titre du présent contrat, les salariés appartenant à la catégorie mentionnée aux conditions particulières.

Chaque participant doit compléter et signer un bulletin d'affiliation afin de pouvoir bénéficier des garanties du présent contrat.

Date d'affiliation

L'affiliation du participant prend effet dès la date d'appartenance au groupe assuré mentionnée aux conditions particulières, et au

plus tôt, à la date d'effet du contrat. Cette date est mentionnée sur le bulletin d'affiliation.

L'affiliation prend effet à la date mentionnée au bulletin d'affiliation, en cas d'affiliation faisant suite à la mise en jeu d'une dispense d'affiliation.

Cessation de l'assurance du participant

L'assurance prend fin à la date de cessation de l'appartenance au groupe assuré ou, en cas de maintien des droits au titre du dispositif de portabilité, à la date à laquelle prend fin la période de portabilité. En tout état de cause, l'assurance cesse en cas de résiliation du présent contrat.

Article 4 - Ayants droit

Affiliation des ayants droit

L'affiliation des ayants droit du participant, tels que définis ci-après, est obligatoire ou facultative selon les modalités définies dans l'acte juridique de mise en place du régime collectif frais de santé.

Lorsque les ayants droit du participant ne sont pas couverts à titre obligatoire par le régime de base, chaque participant peut les couvrir à titre facultatif, dans les conditions prévues ci-dessous en complétant le bulletin d'affiliation des ayants droit.

Définition des ayants droit

Sont considérés comme ayants droit du participant :

- les personnes considérées par la Sécurité sociale comme étant à sa charge,
- son conjoint assuré social (ou la personne, assurée sociale, qui vit maritalement avec le participant ou qui lui est liée par un pacte civil de solidarité) et les personnes considérées par la Sécurité sociale comme étant à la charge de celui-ci,
- les enfants assurés sociaux âgés de moins de 26 ans et appartenant à l'une des catégories suivantes :
 - étudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur (y compris dans le cadre d'une formation en alternance : contrat d'apprentissage, contrat de qualification...), sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de 3 mois dans l'année ou que la rémunération versée par l'employeur ne dépasse pas 60 % du SMIC ;
 - à la recherche d'un premier emploi à condition d'être inscrits comme tels auprès de Pôle Emploi.

- les enfants assurés sociaux sans limite d'âge lorsqu'ils perçoivent l'une des allocations pour personnes handicapées.

Date d'admission à l'assurance des ayants droit

L'admission à l'assurance prend effet à la date d'effet de l'affiliation du participant, si la demande a lieu en même temps que l'affiliation du participant.

Lorsque la demande est postérieure à l'affiliation du participant et qu'elle fait suite à un mariage, la conclusion d'un pacte civil de solidarité (PACS), un concubinage, la naissance ou l'adoption d'un enfant, l'admission à l'assurance prend effet, pour l'ayant droit concerné, dès la date de l'événement en question si la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent cet événement.

Dans tous les autres cas, l'admission à l'assurance a lieu au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande.

Cessation de l'assurance des ayants droit

La qualité d'ayants droit se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année au titre de laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions pour être considérés comme tels.

Lorsque l'affiliation des ayants droit est facultative, le participant peut demander la radiation de l'assurance de tout ou partie de ses ayants droit. Cette radiation prend effet au 31 décembre de l'année de la demande.

En cas de cessation de l'assurance, le participant ou ayant droit doit restituer sa carte de tiers payant au centre de gestion.

Article 5 - Déclarations

Entrée dans l'assurance

L'entreprise souscriptrice doit fournir à Macif-Mutualité, pour chaque participant entré dans l'assurance, le bulletin d'affiliation dûment complété et co-signé par le participant et l'entreprise souscriptrice. Ce bulletin doit être accompagné des documents suivants :

- pour le participant : la copie de l'attestation d'assuré social qui accompagne la Carte Vitale ainsi qu'un relevé d'identité bancaire ;
- pour les ayants droit du participant, lorsqu'ils sont eux-mêmes assurés sociaux : la copie de l'attestation d'assuré social qui accompagne la Carte Vitale et, selon le cas :
 - pour un conjoint : photocopie du livret de famille,
 - pour un partenaire de PACS : photocopie dudit PACS,
 - pour des personnes vivant maritalement (concubinage) : attestation sur l'honneur de vie commune,
 - pour des enfants : le justificatif de scolarité et le cas échéant, la photocopie du contrat de formation en alternance ou l'attestation d'inscription à Pôle Emploi,
 - pour des enfants handicapés : le justificatif de la perception de l'allocation pour personne handicapée,
 - pour un ayant droit non encore scolarisé, la photocopie du livret de famille.

Les pièces exigées ci-dessus pour les enfants assurés sociaux sont à renouveler annuellement.

Macif-Mutualité se réserve le droit de demander au participant, à tout moment, de lui adresser les justificatifs de la qualité d'ayant droit des personnes couvertes par son adhésion.

Modification de la situation d'un participant

Toute modification de la situation d'un participant doit faire l'objet d'une information immédiate de la part de celui-ci à Macif-Mutualité et de la fourniture des documents adéquats tels que susvisés.

S'agissant de l'ajout d'un ayant droit nouveau-né, la photocopie de la page correspondante du livret de famille ou un extrait de l'acte de naissance doit être transmis à Macif-Mutualité.

Sortie de l'assurance

Toute sortie de l'assurance d'un participant (démission, décès...) doit faire l'objet d'une information par l'entreprise souscriptrice à Macif-Mutualité dans le cadre de la déclaration sociale nominative (DSN). Toute sortie de l'assurance d'un ayant droit doit faire l'objet d'une information immédiate à Macif-Mutualité.

À défaut, Macif-Mutualité se retournera contre le participant pour récupérer toutes les prestations indûment perçues.

2

Descriptions des garanties

Article 6 - Étendue des garanties

Formules de prestations

L'entreprise souscriptrice a le choix entre 6 formules de prestations détaillées ci-après aux dispositions communes. Les formules respectent les obligations prévues à l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale relatif au panier de soins minimum ainsi que les dispositions relatives aux contrats responsables.

La formule retenue par l'entreprise souscriptrice est fixée aux conditions particulières. Elle s'applique au participant et à ses éventuels ayants droit couverts à titre obligatoire.

Cette formule peut être complétée par le participant dans le cadre du contrat collectif facultatif pour lui et ses ayants droit.

Assistance

Le participant et ses éventuels ayants droit bénéficient de garanties d'assistance, assurées par IMA Assurances et définies dans le livret d'assistance. Le livret d'assistance constitue une annexe à la notice d'information avec laquelle il forme un tout indivisible. Les garanties d'assistance sont assurées par IMA Assurances, société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, RCS Niort 481 511 632, siège social : 118 avenue de Paris - 79000 NIORT.

Article 7 - Montant de la cotisation

La cotisation mensuelle est fixée aux conditions particulières.

Cotisation des ayants droit couverts à titre facultatif :

La cotisation mensuelle des ayants droit affiliés à titre facultatif est mentionnée au bulletin d'affiliation. La cotisation est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale. Elle est à la charge exclusive du participant. Elle est déterminée en fonction :

- de leur tranche d'âge. L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de la date d'échéance de la cotisation et l'année de naissance de l'assuré moins une année. Par exemple, pour une personne née en 1982, la classe d'âge prise en compte pour le calcul de sa cotisation 2019 sera déterminée comme suit : $(2019 - 1982) - 1 = 36$ ans ;
- de leur régime social ;
- de la localisation du siège social de l'entreprise souscriptrice.

Dès lors qu'au moins 3 enfants sont assurés au titre du contrat, la cotisation est gratuite pour le 3^e enfant et les suivants.

Article 8 - Indexation et révision de la cotisation

La tarification est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du contrat. La tarification sera revue sans délai en cas de changement de ces textes.

La cotisation est indexée chaque année, au 1^{er} janvier, en fonction de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale. Elle pourra évoluer, le cas échéant, en fonction des résultats constatés et des perspectives d'évolutions de la sinistralité du produit.

Article 9 - Paiement de la cotisation

Paiement de la cotisation par l'entreprise

L'entreprise a le choix entre un paiement mensuel ou un paiement trimestriel de la cotisation. La cotisation peut être payée par chèque (uniquement paiement trimestriel) ou mandat de prélèvement SEPA. L'entreprise peut également opter pour le dispositif TESE (Titre Emploi Service Entreprise). Ce choix est mentionné aux conditions particulières. La cotisation est payable à terme échu.

Elle doit être payée dans les 10 jours suivant l'échéance de cotisation. Les moyens de paiement sont établis par l'entreprise souscriptrice, seule responsable du paiement de la totalité des cotisations du contrat obligatoire, y compris la part salariale précomptée sur le salaire du participant.

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou à un maintien partiel ou total de salaire, la

cotisation continue d'être due dans les mêmes conditions que pour le personnel en activité.

Paiement par le participant de la cotisation de la couverture facultative des ayants droit

En cas de couverture facultative des ayants droit, la cotisation correspondante est exclusivement à la charge du participant. Celui-ci définit les modalités de règlement dans le bulletin d'affiliation. Le règlement peut se faire par mandat de prélèvement SEPA (mensuel, trimestriel ou annuel) ou par chèque (paiement annuel uniquement). Les cotisations sont payables d'avance par le participant.

Article 10 - Non-paiement de la cotisation

Non-paiement de la cotisation par l'entreprise

À défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'entreprise souscriptrice et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'entreprise souscriptrice.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'entreprise souscriptrice, Macif-Mutualité l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Le participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par l'entreprise souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'entreprise souscriptrice pour le paiement des cotisations.

Macif-Mutualité a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus.

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

La garantie subsiste en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaire de l'entreprise souscriptrice. En cas de résiliation du contrat d'assurance en application de l'article L. 622-13 du Code de commerce, la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel Macif-Mutualité ne couvre plus le risque est restituée au débiteur.

Non-paiement par le participant de la cotisation de la couverture facultative des ayants droit

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation par le participant dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour Macif-Mutualité de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, Macif-Mutualité adresse au participant, à son dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure l'informant que l'affiliation de ses ayants droit sera résiliée 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation reste impayée.

**CONDITIONS GÉNÉRALES
CONTRAT COLLECTIF**



**À ADHÉSION
FACULTATIVE**



PRÉAMBULE

Le présent contrat est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit auprès de Macif-Mutualité par l'entreprise souscriptrice, au profit de ses salariés ou d'une catégorie objective de ses salariés définis aux conditions particulières. Ce contrat est mis en place en application d'un accord d'entreprise, d'un référendum ou d'une décision unilatérale de l'employeur.

Le présent contrat collectif facultatif est composé :

- des conditions générales décrites dans le présent document (dispositions propres au contrat facultatif et dispositions communes au contrat obligatoire et au contrat facultatif) ;
- des conditions particulières qui forment un tout indivisible.

Ce contrat correspond à toutes les formules de prestations supérieures à celle mise en place à titre obligatoire par l'entreprise et mentionnées en annexe des conditions particulières.

1

Dispositions générales

Article 1 - Objet du contrat

Ce contrat a pour objet de proposer au participant, tant pour lui-même que pour ses éventuels ayants droit, des garanties surcomplémentaires au contrat santé de base conclu par son entreprise. **Ces garanties interviennent sous déduction des garanties déjà accordées dans le cadre du contrat de base et sous déduction des remboursements du régime de Sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.**

Article 2 - Date d'effet du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières. Il est souscrit par l'entreprise désignée aux conditions particulières, dénommée ci-après entreprise souscriptrice, pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Le contrat se renouvelle chaque année à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation exprimée au moins deux mois avant cette date par l'entreprise souscriptrice auprès de Macif-Mutualité, par lettre recommandée à l'adresse figurant sur la carte de tiers payant ou par envoi recommandé électronique à l'adresse mail relationsentreprises@macif.fr.

Article 3 - Adhésion du participant

Le participant doit appartenir au groupe assuré et être affilié au contrat obligatoire pour adhérer au contrat facultatif.

Le participant peut choisir d'adhérer à l'une des formules proposées en complétant le bulletin d'adhésion. La formule de prestations choisie vaut tant pour le participant que pour ses éventuels ayants droit affiliés au contrat collectif obligatoire.

Article 4 - Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion du participant et de ses ayants droit prend effet à la date mentionnée sur "le bulletin d'adhésion à une formule supérieure" et au plus tôt :

- à la date de l'affiliation du salarié au contrat obligatoire si les demandes sont concomitantes ;
- à la date de l'événement familial, si la demande fait suite à un mariage, à la conclusion d'un PACS, à un concubinage, à la naissance ou à l'adoption d'un enfant et qu'elle intervient postérieurement à l'affiliation du salarié. La demande doit être reçue dans les 30 jours qui suivent cet événement pour bénéficier d'une prise d'effet à la date de l'événement ;
- le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion dans les autres cas.

Article 5 - Cessation des garanties

Le participant peut dénoncer son adhésion au contrat. La dénonciation prend effet le 31 décembre de l'année de réception de la demande. Le participant et ses éventuels ayants droit demeurent affiliés au contrat de base.

L'adhésion est également résiliée :

- en cas de résiliation par l'entreprise souscriptrice du présent contrat collectif ou du contrat collectif à adhésion obligatoire, le présent contrat intervenant en complément de celui-ci ;
- à la date à laquelle le participant n'appartient plus à la catégorie de personnel visée par les conditions particulières du contrat collectif facultatif ;
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions définies dans le présent document.

Article 6 - Révision des garanties

Les garanties sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de la conclusion des contrats. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

En cas de désaccord, le participant doit en aviser Macif-Mutualité par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la modification. Ce refus entraîne la fin de l'adhésion immédiatement. À défaut, le participant est réputé accepter le changement.

La demande doit nous être envoyée à l'adresse figurant sur la carte de tiers payant.

Article 7 - Étendue des garanties

Le participant peut choisir l'une des formules au-delà et sous déduction de celle déjà mise en place à titre obligatoire par l'entreprise souscriptrice et précisée aux conditions particulières. Les différentes formules de prestations sont présentées dans les dispositions communes du présent document.

Article 8 - Modification des garanties

Le participant peut demander la modification de la formule de prestations choisie à la hausse ou à la baisse sous réserve qu'il bénéficie de sa formule de prestations depuis plus de 12 mois. Le participant peut modifier sa formule de prestations dans la limite de 2 niveaux supérieurs ou inférieurs à celle dont il bénéficie au jour de la modification.

La modification des garanties prend effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion, et **au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la signature de la demande.**

Article 9 - Montant de la cotisation

La cotisation due au titre du contrat collectif à adhésion facultative est à la charge exclusive du participant. Elle est fixée dans le bulletin d'adhésion.

La cotisation est mensuelle. Elle est déterminée selon les critères suivants :

- la tranche d'âge de l'assuré. L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année d'échéance de la cotisation et l'année de naissance de l'assuré moins une année. Par exemple, pour une personne née en 1982, la classe d'âge prise en compte pour le calcul de sa cotisation 2019 sera déterminée comme suit : $(2019 - 1982) - 1 = 36$ ans ;
- la formule de prestations souscrite ;
- le régime social de l'assuré ;
- la localisation du siège social de l'entreprise.

Dès lors qu'au moins 3 enfants sont assurés au titre du contrat en qualité d'enfant, la cotisation est gratuite pour le 3^e enfant et les suivants.

Article 10 - Indexation et révision de la cotisation

La tarification est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la conclusion du contrat. La tarification sera revue sans délai en cas de changement de ces textes.

La cotisation est indexée chaque année, au 1^{er} janvier, en fonction de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale. Elle pourra évoluer, le cas échéant, en fonction des résultats constatés, et des perspectives d'évolutions de la sinistralité du produit.

L'indexation ainsi définie est communiquée à l'entreprise souscriptrice et au participant.

En cas de désaccord, le participant doit en aviser Macif-Mutualité par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de l'avis d'échéance. Ce refus entraîne la fin de l'adhésion au contrat. À défaut, le participant est réputé accepter ledit changement.

Cette demande doit nous être envoyée à l'adresse figurant sur la carte de tiers payant.

La cotisation du participant et de ses ayants droit évolue également au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de la tranche d'âge à laquelle ils appartiennent.

Article 11 - Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance. Le participant définit les modalités de règlement lors de l'adhésion. Celui-ci définit les modalités de règlement dans le bulletin d'adhésion. Le règlement peut se faire par mandat de prélèvement SEPA (mensuel, trimestriel ou annuel) ou par chèque (paiement annuel uniquement).

Article 12 - Non-paiement de la cotisation

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance, et indépendamment du droit de l'organisme assureur de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, Macif-Mutualité adresse au participant une lettre recommandée de mise en demeure l'informant que les garanties du contrat d'assurance seront résiliées 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation reste impayée.

Article 13 - Délai de renonciation

À compter de la date d'effet du contrat, le participant dispose d'un délai de 30 jours pour revenir sur sa décision. Dans ce cas, il lui suffit d'adresser à Macif-Mutualité, à l'adresse figurant sur la demande d'adhésion, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, établie selon le modèle suivant :

"Je soussigné(e) (nom, prénom, n° d'adhérent, adresse) déclare renoncer à l'adhésion au contrat facultatif Garantie Santé Entreprises réalisée en date du Date et signature"

Il devra retourner les cartes de tiers payant qui auront été adressées.

Les cotisations payées seront intégralement remboursées par Macif-Mutualité dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre, sous déduction des prestations éventuellement versées durant cette période.

DISPOSITIONS COMMUNES

**AUX CONTRATS
COLLECTIFS**

**À ADHÉSION
OBLIGATOIRE
ET À ADHÉSION
FACULTATIVE**

Dispositions communes aux deux contrats collectifs

Article 1 - Subrogation

Macif-Mutualité est subrogée dans les droits et actions du participant ou de ses ayants droit contre le tiers responsable conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité. Macif-Mutualité peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Article 2 - Prescription

Toute action dérivant des opérations mentionnées aux présentes conditions générales est prescrite dans le délai de deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription peut être interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (demande en justice, reconnaissance par le débiteur du droit de l'autre partie, mesure conservatoire ou acte d'exécution forcée) ;
- la désignation d'un expert ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par Macif-Mutualité à l'entreprise souscriptrice et ayant pour objet le paiement de la cotisation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, par le participant ou l'ayant droit à Macif-Mutualité et ayant pour objet le règlement de l'indemnité.

Article 3 - Protection des données personnelles

Les données recueillies feront l'objet de traitements par Macif-Mutualité, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance ainsi qu'à des fins de prospection et gestion commerciales.

Elles pourront être transmises aux entités du groupe Macif et notamment à ses partenaires aux mêmes fins.

Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme.

Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les personnes concernées disposent de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Le cas échéant, les personnes concernées peuvent retirer leur consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

Les personnes concernées ont également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits et adresser toute demande d'information concernant leurs données personnelles sur le site www.macif.fr depuis le formulaire d'exercice des droits ou par voie postale à l'adresse suivante :

Macif - Direction Générale
2 et 4 rue de Pied de Fond
79037 Niort Cedex 9

Toutes les précisions sur la protection des données sont accessibles sur notre site : www.macif.fr.

Article 4 - Autorité de contrôle

Macif-Mutualité est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Article 5 - Réclamations

Toute réclamation est à adresser en priorité au centre de gestion dont l'adresse figure sur la carte de tiers payant.

Si un désaccord subsiste, il convient de s'adresser au service Qualité de Macif-Mutualité à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

Nous nous attacherons à traiter votre réclamation dans les meilleurs délais et au plus tard dans les délais réglementaires.

Article 6 - Médiation

Si le litige persiste, le réclamant peut, alors saisir le Médiateur de l'Assurance :

- à l'adresse suivante :
La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09
- via son site internet :
www.mediation-assurance.org

Le Médiateur ne se déclarera compétent que si toutes les voies de recours internes ont été épuisées. L'avis du Médiateur ne

s'impose pas aux parties qui restent libres de faire valoir leurs droits en justice.

Article 7 - Déchéance des garanties en cas de fraude

Toute réticence à une expertise médicale ou toute fraude ou tentative de fraude caractérisée en vue de tirer un profit illégitime du contrat font perdre tout droit à prestations pour la (ou les) garantie(s) concernée(s).

Article 8 - Information du participant

L'entreprise souscriptrice est tenue de remettre à chaque participant la notice d'information visée à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, établie par Macif-Mutualité et d'informer les participants des éventuelles modifications apportées à leurs droits et obligations.

L'entreprise souscriptrice s'engage également à remettre à chaque participant une copie des statuts de Macif-Mutualité et le document d'information sur le produit d'assurance (DIPA).

La preuve de la remise au participant de la notice d'information, des statuts, du document d'information sur le produit d'assurance (DIPA) et de l'information relative aux éventuelles modifications incombe à l'entreprise souscriptrice.

Article 9 - Rapport annuel

Macif-Mutualité remet chaque année à l'entreprise souscriptrice, au plus tard avant le 31 août, un rapport sur les comptes de l'exercice précédent, en respectant les termes de l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin et son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990.

Ce rapport comporte en outre une information relative aux frais de gestion et d'acquisition conformément à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale.

2

Définitions des garanties

Article 10 - Objet de la garantie

Les garanties sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de la conclusion du contrat. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Le contrat respecte les conditions du cahier des charges des contrats responsables définies aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Nature des soins

Les frais de santé pris en charge au titre des présents contrats sont ceux ayant fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale. Toutefois, certains frais de santé n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale peuvent ouvrir droit à remboursement, sur mention expresse figurant au tableau des prestations.

Quelle que soit la date d'apparition de la maladie ou de l'accident, les frais engagés doivent correspondre à des soins reçus, postérieurement à la date d'effet du contrat et à l'affiliation du participant ou de l'ayant droit, et en tout état de cause avant la date de cessation de l'assurance.

Lieu des soins

Les contrats interviennent pour les soins effectués en France (départements et régions d'Outre-mer inclus).

Ils interviennent également pour les soins effectués dans le monde entier, selon les garanties prévues à la formule de prestations souscrite, sous réserve qu'ils soient pris en charge par la Sécurité sociale française.

Bases de remboursement

Les bases de remboursements sont fixées dans la formule de prestations retenue par l'entreprise souscriptrice et présentée aux conditions particulières ainsi que dans la formule de prestations éventuellement retenue par le participant dans le cadre du contrat facultatif et présentée au bulletin d'adhésion.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi dite Evin du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant ou de l'ayant droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

Tiers payant

Il est remis à chaque participant une ou plusieurs carte(s) mutualiste(s) portant mention de ses éventuels ayants droit et des actes ou prestations pouvant se voir appliquer le tiers payant.

En application de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, le participant et ses ayants droit bénéficient du tiers payant sur les prestations prévues au titre du cahier des charges des contrats responsables, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Cette (ces) carte(s) reste(nt) la propriété de Macif-Mutualité.

Le participant ou l'entreprise souscriptrice devra retourner à Macif-Mutualité, pour chaque salarié dont l'affiliation prend fin, la ou les cartes de tiers payant dans le délai de quinze jours suivant la cessation des garanties. Les prestations indûment versées seront récupérées par tous moyens auprès des salariés concernés.

Les réseaux de soins

Le participant et ses ayants droit ont également accès au réseau de soins Santéclair. Ce réseau permet de bénéficier d'un service d'analyse de devis, de conseils mais également de tarifs négociés et de contrôle qualité auprès de nombreux professionnels de la santé (opticiens, chirurgiens dentistes, centres auditifs...). La liste des professionnels de santé partenaires peut être consultée grâce à un outil de géolocalisation, accessible depuis l'espace personnel sur le site www.macif.fr.

Le membre participant conserve toutefois la liberté de choix de son professionnel de santé.

Pour plus d'informations sur le réseau Santéclair, un dépliant d'information est adressé avec la carte de tiers payant.

Aide au sevrage tabagique

Prise en charge des frais liés à l'achat de gommes et patch sur prescription médicale et dans la limite d'un forfait unique annuel.

Hospitalisation

La prise en charge de la chambre particulière et du lit accompagnant est accordée en cas d'hospitalisation d'au moins une nuit.

Dentaires

Les prothèses dentaires et implants dentaires non remboursés sont pris en charge au titre du contrat sous réserve d'être inscrite à la nomenclature de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).

Les Inlay-Onlay remboursés par le régime obligatoire de la Sécurité sociale sont pris en charge dans les conditions définies au tableau de garanties.

Optique

Le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement tous les 2 ans par bénéficiaire sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue où le nombre d'équipement est limité à 1 tous les ans. Le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement optique.

Acte de prévention

Le contrat prend en charge les actes de prévention suivants remboursés par la Sécurité sociale et listés par l'arrêté du 8 juin 2006 :

- un détartrage dentaire complet ;
- les scellements de sillons 1^{re} et 2nd molaire (pour les assurés de moins de 14 ans) ;
- les vaccinations les plus courants : diphtérie, tétanos, poliomyélite pour tous les âges, BCG avant 6 ans, coqueluche, rubéole pour les adolescentes non vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant, Haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections à pneumocoques pour les enfants de 18 mois ;
- le bilan du langage oral et/ou le bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit (pour les assurés de moins de 14 ans) ;

- le dépistage de l'hépatite B ;
- le dépistage des troubles de l'audition (une fois tous les 5 ans pour les plus de 50 ans) ;
- l'ostéodensitométrie (une fois tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans).

Appareillage

Sont pris en charge le petit appareillage et accessoires, les prothèses (orthopédiques, capillaires, mammaires, auditives) et le grand appareillage qui sont inscrits à la LPP (Liste des Produits et Prestations).

Prime naissance ou adoption

Lorsque la formule choisie le prévoit, Macif-Mutualité verse le forfait mentionné au tableau de prestations en cas de naissance d'un enfant ou d'adoption d'un enfant mineur. En cas de naissances multiples, un forfait est versé pour chaque enfant.

Forfait global

Le forfait prévu "diététicien, étiopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathe, pédicure et podologie" est un forfait unique annuel pour l'ensemble des spécialités mentionnées.

Actes médicaux lourds

Est prise en charge la participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120€.

Article 11 - Exclusions de garanties

En application des articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale définissant le "contrat responsable", le contrat ne prend pas en charge :

- les participations forfaitaires mentionnées au II de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration de la participation appliquée par le Régime obligatoire à l'assuré (ticket modérateur) lorsqu'il ne respecte pas le parcours de soins coordonnés. Cette majoration peut être appliquée par le Régime obligatoire dans les cas suivants :
 - il n'a pas choisi son médecin traitant (article L. 162-5-3 alinéa 5 du Code de la sécurité sociale),
 - il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant, (article L. 162-5-3 alinéa 5 du Code de la sécurité sociale),
 - les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins.

Sont également exclus :

- tous les actes non pris en charge par le régime obligatoire sauf mentions prévues dans la formule de prestations choisie ;
- les frais d'hébergement et de traitement exposés en établissement de post-cure.

Formules de prestations

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise annuelle de l'assuré qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées, conformément à la loi. Les pourcentages sont exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale.

Les garanties ci-dessous s'entendent sous déduction des prestations versées par le régime obligatoire de la Sécurité sociale. Les prestations du contrat facultatif s'entendent également sous déduction des prestations du contrat de base.

PRESTATIONS	ESSENTIELLE	ESSENTIELLE +	MÉDIANE	CONFORT	ÉTENDUE	PERFORMANCE
HOSPITALISATION (y compris maternité)						
Frais de séjour	100 %	100 %	Frais réels ⁽¹⁾	Frais réels ⁽¹⁾	Frais réels ⁽¹⁾	Frais réels ⁽¹⁾
Actes en secteur hospitalier	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires chirurgicaux et médicaux (adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*)	100 %	100 %	150 %	175 %	200 %	250 %
Honoraires chirurgicaux et médicaux (non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*)	100 %	100 %	130 %	155 %	180 %	200 %
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (hors psychiatrie et ambulatoire)	-	40 € / jour	40 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	90 € / jour
Lit d'accompagnant (enfant ayant droit de moins de 16 ans)	-	15 € / jour	20 € / jour	25 € / jour	30 € / jour	35 € / jour
⁽¹⁾ Les frais de séjour en établissement non conventionné sont limités à 400 % de la Base de Remboursement						
FRAIS MÉDICAUX COURANTS						
Adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* : ● consultations et visites (généralistes et spécialistes) ● actes de chirurgie et de spécialité ● examens de radiologie	100 %	100 %	150 %	175 %	200 %	250 %
Non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* : ● consultations et visites (généralistes et spécialistes) ● actes de chirurgie et de spécialité ● examens de radiologie	100 %	100 %	130 %	155 %	180 %	200 %
Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Analyses - Actes de biologie	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Ostéopathie	-	30 € la séance limité à 2 / an	35 € la séance limité à 2 / an	40 € la séance limité à 2 / an	45 € la séance limité à 2 / an	50 € la séance limité à 2 / an
Aide au sevrage tabagique (gomme et patch) sur prescription médicale	-	-	30 € / an	50 € / an	75 € / an	100 € / an
Forfait global : diététicien, étio-pathie, chiropraxie, acupuncture, homéopathe, pédicure et podologie	-	20 € / an	25 € / an	50 € / an	75 € / an	100 € / an
Pharmacie						
- remboursée à 65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- remboursée à 30 % et 15 %	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Vaccin antigrippe non remboursé	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Pilule contraceptive non remboursée	-	20 € / an	40 € / an	60 € / an	80 € / an	100 € / an
OPTIQUE ^{(2) (3)}						
Verres simples**	35 € / verre	50 € / verre	60 € / verre	75 € / verre	90 € / verre	110 € / verre
Verres complexes**	85 € / verre	110 € / verre	125 € / verre	140 € / verre	160 € / verre	210 € / verre
Monture	30 €	50 €	80 €	100 €	120 €	150 €
⁽²⁾ Le nombre d'équipement (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement tous les 2 ans par bénéficiaire sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue où le nombre d'équipement est limité à 1 tous les ans. Pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement.						
Lentilles (remboursées ou non)	100 %	120 € / an	130 € / an	140 € / an	150 € / an	170 € / an
Chirurgie réfractive	-	100 € / œil	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil	500 € / œil
⁽³⁾ Les forfaits en euros indiqués ci-dessus incluent le remboursement du ticket modérateur lorsqu'il est prévu.						
DENTAIRE						
Soins dentaires	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Inlay-Onlay remboursés	100 %	100 %	150 %	225 %	300 %	375 %
Prothèses remboursées	125 %	125 %	200 %	300 %	400 %	500 %
Prothèses non remboursées	-	125 € / an	250 € / an	350 € / an	500 € / an	600 € / an
Orthodontie remboursée	125 %	125 %	200 %	300 %	400 %	500 %
Implants dentaires non remboursés	-	125 € / an	250 € / an	350 € / an	500 € / an	600 € / an
Parodontie/Endodontie non remboursées	-	100 € / an	150 € / an	200 € / an	250 € / an	300 € / an
APPAREILLAGE / AUTRES FRAIS						
Petit appareillage et accessoires, prothèses (orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires) et grand appareillage	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %	400 %
Frais de transport	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Cures thermales (honoraires - soins - frais de transport - hébergement)	-	100 % + 100 €	100 % + 200 €	100 % + 300 €	100 % + 400 €	100 % + 500 €
Prime naissance ou adoption	-	100 € / enfant	150 € / enfant	200 € / enfant	300 € / enfant	400 € / enfant
ASSISTANCE À DOMICILE INCLUSE dans toutes les formules						

* Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM / OPTAM-CO.

** Pour l'application de la garantie optique, sont considérés comme :

● verres simples : les verres dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

● verres complexes : les verres dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ainsi que les verres multifocaux ou progressifs.

Article 12 - Pièces justificatives

Le règlement des prestations qui ne sont pas servies directement aux professionnels de santé suivant les accords de tiers payant, s'effectue par virement sur le compte bancaire du participant :

- soit en relation directe avec le régime obligatoire par le biais de la télétransmission ;
- soit sur présentation des pièces justificatives originales suivantes :

- **Pour les soins remboursés par le Régime obligatoire de sécurité sociale :**

- l'original du décompte de la Sécurité sociale dans le cas où cette dernière n'aurait pu procéder à sa télétransmission au centre de gestion de la mutuelle,
- lorsque les frais sont supérieurs au tarif retenu par la Sécurité sociale pour le calcul de sa prestation, l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée.

- **Pour les soins non remboursés par le Régime obligatoire de sécurité sociale :**

- l'original de la prescription médicale,
- l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée.

- **En cas d'hospitalisation :**

- le bulletin d'hospitalisation,
- l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée.

- **Pour la prime naissance**

Un extrait d'acte de naissance ou la photocopie de la page du livret de famille concernant le nouveau-né ; dans le cas d'une adoption, la photocopie de l'acte y afférant.

- **En cas d'assurances cumulatives**

Le décompte original de remboursement de l'autre organisme assureur accompagné d'une copie du décompte du régime obligatoire.

- **Pour les soins à l'étranger**

Le décompte du régime obligatoire de Sécurité sociale française ainsi que la facture des soins détaillée et traduite en français précisant la nature et le montant de chaque dépense engagée.

Nous effectuerons le règlement des prestations dans un délai de deux jours ouvrés. Ce délai débute à compter de la réception des justificatifs, que ces derniers nous soient parvenus par voie postale ou électronique.

Article 13 - Maintien d'assurance en cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à rémunération

La couverture frais de santé est maintenue pour le participant dont le contrat de travail est suspendu sans maintien partiel ou

total de salaire sous réserve qu'il manifeste expressément cette volonté auprès de Macif-Mutualité par courrier dans le mois qui précède la suspension de son contrat de travail.

La cotisation du contrat à adhésion obligatoire est alors à la charge exclusive du participant. Il s'agit de celle prévue pour le personnel en activité.

Le maintien de l'assurance cesse notamment à la date de fin de suspension du contrat de travail et, en tout état de cause, en cas de résiliation du présent contrat collectif.

Article 14 - Maintien d'assurance dans le cadre du dispositif dit de "portabilité"

L'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale prévoit le maintien des garanties collectives mises en place par décision unilatérale de l'employeur, référendum ou accord collectif, au profit des anciens salariés tels que définis audit article, qui à la date de la cessation de leur contrat de travail bénéficiaient de ces mêmes garanties dans l'entreprise, sous réserve qu'ils remplissent les conditions mentionnées ci-dessous.

Ce maintien s'effectue à titre gratuit.

Participants

Bénéficient du dispositif de "portabilité des droits", les anciens salariés qui, à la date de la cessation de leur contrat de travail, appartiennent à la catégorie de personnel bénéficiaire des garanties des présents contrats, sous réserve qu'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- leurs droits à couverture complémentaire au titre des présents contrats ont été ouverts pendant l'exécution de leur contrat de travail,
- la cessation de leur contrat de travail n'est pas consécutive à une faute lourde et ouvre droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'ancien salarié doit justifier auprès de Macif-Mutualité, lors de la cessation du contrat de travail et au cours de la période de maintien des garanties, du fait qu'il remplit les conditions mentionnées ci-dessus.

En l'absence de fourniture du justificatif notamment de l'ouverture des droits à l'assurance chômage, le participant ne pourra pas bénéficier du maintien ou de la poursuite du maintien de la portabilité des droits.

Ayants droit

Lorsque les ayants droit des anciens salariés étaient garantis au titre des présents contrats, ils conservent la qualité de bénéficiaires des garanties pendant la durée d'application du dispositif de portabilité des droits applicable au participant.

Durée du maintien

La garantie prend effet le lendemain du jour de la cessation du contrat de travail, sous réserve que l'ancien salarié justifie auprès de Macif-Mutualité des conditions exposées ci-dessus et transmette notamment le justificatif de sa prise en charge par l'assurance chômage.

Le maintien s'applique pendant la durée d'indemnisation chômage, **dans la limite de la durée du dernier contrat de travail** (ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur). **Cette durée s'apprécie en mois entier, arrondie au nombre supérieur, mais ne peut en tout état de cause excéder 12 mois.**

Cessation du maintien

Le maintien cesse :

- à la date à laquelle l'ancien salarié ne perçoit plus d'allocations au titre de l'assurance chômage, à l'exception des cas où le service de l'allocation chômage est interrompu en raison du versement par la Sécurité sociale des prestations en espèce, notamment pour maladie ou maternité ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle ;
- à la date de liquidation de la retraite ;
- au terme du délai du maintien défini ci-dessus ;
- en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation des présents contrats collectifs ; il appartient alors à l'employeur d'organiser la poursuite du dispositif de "portabilité des droits".

Garanties maintenues

Les participants, et leurs éventuels ayants droit (si le participant avait souscrit la couverture facultative en leur faveur), définis ci-dessus bénéficient des garanties frais de santé applicables à la catégorie de personnel à laquelle ils appartenaient lors de la cessation de leur contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en

activité, les garanties des participants bénéficiaires du dispositif de portabilité, et de leurs éventuels ayants droit, seront modifiées dans les mêmes conditions.

Articulation du maintien de garanties avec l'article 4 de la Loi Evin

À l'issue du maintien au titre de la "portabilité des droits", Macif-Mutualité propose à l'ancien salarié licencié de bénéficier des dispositions de l'article 4 de la Loi Evin. Si l'ancien salarié souhaite en bénéficier, il doit en faire la demande dans les 6 mois suivant la cessation du maintien au titre de la "portabilité des droits".

Article 15 - Maintien de la couverture dans le cadre de la Loi Evin

Une assurance individuelle peut être souscrite auprès de Macif-Mutualité dans les cas de figure ci-après :

- Les anciens salariés qui :
 - perçoivent de la Sécurité sociale une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
 - sont privés d'emploi et perçoivent à ce titre un revenu de remplacement (allocation chômage) ;
 - perçoivent une pension de retraite ;peuvent souscrire une assurance individuelle dans les 6 mois (de date à date) qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou dans les 6 mois qui suivent la fin du maintien au titre de la portabilité.
- Les ayants droit d'un participant décédé dans les 6 mois qui suivent la date du décès. Le maintien s'effectue à titre gratuit pendant un an à compter du décès du participant.

Cette assurance est accordée sans questionnaire médical ni application d'un délai d'attente.



ANNEXE



Lexique

Auxiliaires médicaux

Infirmier(ère), masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue.

Base de remboursement de la Sécurité sociale

Assiette servant au calcul des prestations en nature de l'Assurance maladie de la Sécurité sociale.

Selon le type d'acte et la nomenclature auxquels elle se rattache, cette base de remboursement peut être constituée du :

● Tarif d'autorité

Tarif utilisé par la Sécurité sociale comme base de remboursement lorsque le professionnel de santé consulté n'est pas conventionné. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.

● Tarif de convention

Tarif utilisé par la Sécurité sociale comme base de remboursement des soins et honoraires des professionnels de santé conventionnés.

● Tarif de responsabilité

Base de remboursement de la Sécurité sociale pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.

● Tarif forfaitaire de responsabilité

Base de remboursement de la Sécurité sociale pour l'original d'un médicament ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Dispositifs mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires. Il existe deux dispositifs : l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO). Le cahier des charges du contrat responsable impose une meilleure prise en charge des actes et consultations facturés par les médecins adhérents à ces dispositifs.

Forfait journalier hospitalier

Montant forfaitaire restant à la charge de l'assuré en cas d'hospitalisation. Il correspond aux "frais d'hébergement et d'entretien" entraînés par l'hospitalisation.

Franchise annuelle

Somme laissée à la charge de l'assuré et qui s'applique sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Médecin traitant

Médecin spécialiste ou généraliste, librement choisi par l'assuré âgé de 16 ans au moins pour assurer la coordination de ses soins. L'assuré doit avoir déclaré son médecin traitant auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire afin de bénéficier du taux maximal de remboursement de la Sécurité sociale.

Parcours de soins

Désigne le parcours de soins coordonnés défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du ticket modérateur par le Régime obligatoire et de non remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par la mutuelle.

Participation forfaitaire

Somme qui reste à la charge de l'assuré et qui concerne les actes et consultations médicaux réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et les actes de biologie médicale et de radiologie.

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale. Le PMSS est utilisé pour le calcul de certaines cotisations sociales et de certaines prestations de Sécurité sociale. Il évolue chaque année au 1^{er} janvier, il est déterminé par arrêté.

Prestations

Versement des sommes ou mise en place de services garantis à l'assuré.

Sécurité sociale

Régime d'assurance maladie français, communément dénommé "Sécurité sociale", qui intervient obligatoirement avant la mutuelle pour rembourser une part des frais de santé.

Ticket modérateur

Dans le parcours de soins, différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par la Sécurité sociale. La participation forfaitaire n'entre pas en compte dans le calcul de cette différence. L'application par le Régime obligatoire de la majoration de la participation de l'assuré, lorsque l'acte est réalisé hors parcours de soins, n'affecte pas le calcul et la valeur du ticket modérateur.

Tiers payant

Sur présentation de sa carte de tiers payant, l'assuré peut bénéficier d'une dispense d'avance de tout ou partie de ses frais de santé. Le professionnel de santé ou l'établissement de soins est directement remboursé par la mutuelle.



Ce contrat est assuré par Macif-Mutualité - Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, adhérente à la Mutualité Française, SIREN 779 558 501. Siège social : Carré Haussmann - 22-28 rue Joubert - 75435 Paris cedex 9.

Santéclair - Société anonyme au capital de 3 834 029 € - Immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977. Siège social : 7 mail Pablo Picasso - 44046 Nantes Cedex 1.

IMA Assurances - Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. RCS Niort 481 511 632. Siège social : 118, av. de Paris - 79000 Niort.