

Malakoff Médéric Mutuelle

Contrat collectif à adhésion facultative

ASSOCIATION DES ANCIENS DE L'EMPLOI A.M.A.E.

Garanties frais de santé

Adhérents de l'association



malakoff médéric

SANTÉ • PRÉVOYANCE • RETRAITE

NOTICE D'INFORMATION FS3002

Date d'effet : 1^{er} janvier 2019

Fait à Paris le 10 décembre 2018

SOMMAIRE

Informations générales _____	3
L'objet du contrat _____	3
Votre affiliation _____	3
Quand bénéficiez-vous des garanties ? _____	5
Les cotisations _____	6
Les prestations _____	6
Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée _____	9
Quelles sont vos formalités déclaratives ? _____	9
Les généralités du contrat _____	12
Le tableau de Garanties _____	16
Lexique _____	19

Ce document qui vous est remis par votre association, définit les dispositions contractuelles organisant les rapports entre votre association, vous-même, et la mutuelle.

Si vous souhaitez de plus amples informations, adressez-vous à votre association qui tient les conditions générales et documents contractuels à votre disposition.

Cette notice satisfait aux obligations d'information des assurés
(article L 221-6 du Code de la mutualité)

IMPORTANT

Document
à remettre
à votre association

Je soussigné(e), _____

reconnais avoir reçu une notice d'information sur les garanties

frais de santé souscrites par l'Association à effet du
01/01/2019 :

auprès de Malakoff Médéric Mutuelle.

A _____ le _____

Signature :



Informations générales

L'objet du contrat

Le contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative, souscrit par votre association des anciens de l'emploi (AMAE) auprès de Malakoff Médéric Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Cette notice a pour objet d'indiquer les conditions dans lesquelles nous vous accordons, ainsi qu'à vos ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Les prestations sont indiquées au tableau de garanties joint à votre notice.

Le 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.

Elles respectent en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Le contrat frais de santé souscrit par votre employeur, ouvre droit aux garanties d'assistance, assurées par AUXIA Assistance, sous réserve de respecter les dispositions prévues à la notice d'assistance.

Malakoff Médéric Mutuelle et AUXIA Assistance sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Votre affiliation

Quelles sont les modalités d'affiliation ?

Pour bénéficier des garanties, vous devez être adhérent à l'association des anciens de l'emploi (AMAE).

Vous devez compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation en indiquant la liste de vos ayants droit et en envoyant les pièces justificatives nécessaires s'il y a lieu.

Vous envoyez votre bulletin accompagné des pièces nécessaires à :

MALAKOFF MEDERIC
GCI POLE CCFI
78288 GUYANCOURT Cedex

Vous devez nous signaler tout changement de situation familiale par le même document.

Vous pouvez demander votre affiliation, sous réserve que votre demande nous parvienne les trente jours qui suivent :

- la date d'effet du contrat,
- votre date d'entrée dans la catégorie de personne assurée,
- au lendemain de votre radiation par votre précédent organisme assureur,
- au jour de changement de votre situation familiale (mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un pacte civil de solidarité, début et fin du concubinage, naissance, décès d'un ayant droit...).
- votre départ à la retraite et ce jusqu'à la fin de l'année civile suivante. Passé ce délai, le tarif applicable de votre contrat sera celui de la tranche 9 et ce quel que soit le niveau de vos revenus.

La fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle de votre employeur de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser notre appréciation.

Nous devons justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

Les cotisations payées nous sont acquises.

Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?

En fonction de la structure d'affiliation choisie par votre employeur, vos ayants droit sont :

- votre conjoint,
 - à défaut votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs), non dissout et non rompu,
 - à défaut votre concubin célibataire, divorcé ou veuf, s'il réside sous le même toit que vous, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi, vous et votre concubin ne devez être ni mariés, ni liés par un pacte civil de solidarité,
- vos enfants à charge ou ceux de votre conjoint au sens du contrat qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - Etre âgés de moins de 21 ans,
 - Bénéficiaire d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle de votre conjoint ou d'une affiliation personnelle,
 - Etre fiscalement à votre charge, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que vous déduisez fiscalement de votre revenu global.

Cette limite d'âge est portée à 28 ans pour vos enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- S'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 55 % du SMIC,

Cette limite d'âge est également prorogée jusqu'au 28^{ème} anniversaire pour l'enfant handicapé s'il ouvre droit à l'allocation d'éducation pour enfant handicapé prévue à l'article L 541-1 du Code de la sécurité sociale ou perçoit l'allocation d'adulte handicapé prévue à l'article L 821-1 de ce code.

Les enfants nés viables postérieurement à votre décès et dont la filiation avec vous est établie, sont assimilés à des enfants à charge.

- **vos ascendants**, père et mère à charge et ceux de votre conjoint au sens du contrat :
 - bénéficiaire d'un régime de Sécurité sociale ;
 - fiscalement à votre charge, c'est à dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que vous déduisez fiscalement de votre revenu global.

La structure d'affiliation

Votre association a choisi une structure d'affiliation **adhérent / 1 adhérent + 1 ou 2 bénéficiaire(s) / famille**.

A l'affiliation vous déterminez librement les membres de votre famille que vous souhaitez affilier.

Quand bénéficiez-vous des garanties ?

Quand prennent effet vos garanties ?

Pour vous

Les garanties prennent effet à la date effective de la demande d'affiliation qui correspond :

- à la date d'effet du contrat,
- à la date de votre entrée dans la catégorie de personne assurée,
- au lendemain de votre radiation par le précédent organisme assureur,
- au jour de changement de situation familiale (mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un pacte civil de solidarité, début et fin du concubinage, naissance, décès d'un ayant droit...),

et sous réserve que la demande nous parvienne dans les trente jours.

Dans tous les autres cas, au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne au plus tard le 31 octobre.

Pour vos ayants droit, dans le cadre de la structure adhérent / 1 adhérent + 1 ou 2 bénéficiaire(s) / famille.

Les garanties prennent effet :

- à la même date que vous,
- au lendemain de la radiation par le précédent organisme assureur, sous réserve que le bulletin individuel d'affiliation nous parvienne au plus tard dans les trente jours qui suivent la date de radiation,
- au jour de changement de situation familiale (mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un pacs, début et fin du concubinage, naissance, décès d'un ayant droit...) sous réserve que le bulletin individuel d'affiliation nous parvienne dans les trente jours de l'événement.

Dans tous les autres cas, au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne au plus tard le 31 octobre.

Vous et vos ayants droit couverts précédemment par un autre organisme assureur, pouvez bénéficier des garanties du contrat si vous continuez à remplir les conditions pour en être bénéficiaires.

Quand cessent vos garanties ?

Pour vous

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation de votre contrat,
- à la fin de l'exercice civil au cours duquel vous demandez la résiliation de votre affiliation,
- à la date de radiation pour défaut de paiement des cotisations,
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assurée pour cause décès ou de non paiement du droit annuel d'adhésion à l'Association des Anciens de l'emploi (AMAE).

En l'absence de déclaration de votre radiation par votre Association, nous pourrions réclamer le remboursement des sommes indûment versées.

Pour vos ayants droit

Leurs garanties cessent à la même date que les vôtres. De plus, leurs garanties cessent à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit, ou à la date à laquelle leur radiation est demandée.

En cas de décès vos ayants droit peuvent continuer de bénéficier des garanties du contrat à titre viager, sous réserve :

- qu'ils continuent de remplir les conditions prévues pour être bénéficiaires,
- que le contrat demeure en vigueur pendant cette période,
- qu'ils payent la cotisation à l'identique de la vôtre.

Cette radiation est définitive.

Les cotisations

Cette complémentaire santé est réservée au(x) seul(s) adhérent(e)(s) de l'AMAE. Ne pas être à jour de votre adhésion et/ou de votre cotisation vous expose à être radié(e).

La cotisation est déterminée en fonction du dernier avis d'imposition.

Le montant de la cotisation pour toute nouvelle adhésion d'un agent partant en retraite en cours d'année, correspond à 2 tranches de revenus en dessous de celle calculée après son avis d'impôt.

Le montant est revu sans effet rétroactif à la réception par Malakoff Médéric de la nouvelle notification d'impôt reprenant les revenus de retraite sur 12 mois

A défaut de fournir les justificatifs, le montant maximum (tranche 9) est appliqué.

Les prestations

Quelles sont les prestations ?

Votre contrat prend en charge l'ensemble des garanties décrites dans la partie « Tableau de garanties », déduction faite des remboursements versés par la Sécurité sociale le cas échéant, et dans la limite des frais réellement engagés.

Votre contrat respecte la législation et réglementation en vigueur à la date des soins et sera adapté en cas de modification de celles-ci.

Le montant et la date retenus pour les dépenses engagées sont ceux figurant sur le décompte de prestation de la Sécurité sociale ou sur votre facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie.

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

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

Les critères du contrat responsable

Les garanties du contrat respectent les obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge conformément aux dispositions du **contrat responsable**.

Ainsi, le contrat assure obligatoirement :

- la prise en charge du **ticket modérateur** pour l'ensemble des dépenses de santé, à l'exception des frais de cures thermales, des médicaments remboursés à 30 % et à 15 % et de l'homéopathie. Il couvre notamment à hauteur du ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale,
- la prise en charge intégrale du **forfait journalier hospitalier**, sans limitation de durée,
- la prise en charge des **équipements optiques**, dans le respect de planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation.

La prise en charge d'un équipement optique est composée 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.

La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge au titre de votre garantie. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1er élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale.

Si votre contrat prévoit le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale médicale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale, il respecte les plafonds de prise en charge prévus par la réglementation.

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

Toutefois, le présent contrat ne prend pas en charge :

- **la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale,**
- **la majoration du ticket modérateur restant à votre charge 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).

Quelles sont les autres limites de remboursement ?

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

Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Tout forfait non utilisé sur une année ne donnera lieu à aucun report sur l'année suivante.

Les réseaux de soins

Nous pouvons passer des conventions particulières avec les praticiens et les établissements. Nous avons notamment conclu un accord auprès d'opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes constituant un réseau pouvant vous permettre de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses y sont engagées.

Si votre garantie le prévoit, des majorations de prestations seront indiquées dans votre tableau de garanties.

Dans ce cas, pour bénéficier des majorations dans les réseaux optique, dentaire et audioprothèse, vous devez avoir recours au tiers payant.

Toutefois, vous conservez le libre choix de votre praticien. Les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulables. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées aux conditions particulières.

La liste des professionnels de santé appartenant à nos réseaux est disponible sur notre site internet www.malakoffmederic.com.

Le service d'analyse de devis

Nous mettons à votre disposition un service d'analyse gratuite et personnalisée des devis optique, prothèses dentaires et auditives. Ce service est délivré par Malakoff Médéric Conseil Santé.

Malakoff Médéric Conseil Santé s'engage à vous adresser une étude personnalisée dans un délai de 48 heures (hors jours fériés). Cette analyse comporte une comparaison du devis qui vous est proposé par rapport à la moyenne des prix pratiqués dans la zone géographique dont vous relevez.

En outre, les coordonnées de trois opticiens de notre réseau optique vous seront communiquées. Vous recevrez également une simulation du remboursement de la Sécurité sociale et de nos remboursements, sur la base du prix demandé par le praticien. Vous disposez ainsi d'une vision exacte de votre reste à charge.

Pour bénéficier de ce service, vous pouvez imprimer des modèles de devis sur notre site internet www.malakoffmederic.com ou utiliser le formulaire fourni par le professionnel de santé. Les devis doivent être retournés signés à l'adresse suivante :

Malakoff Médéric Conseil Santé
21 rue Laffitte
75317 PARIS cedex 09

Le tiers payant

Le contrat souscrit par votre employeur vous permet ainsi qu'à vos ayants droit de bénéficier du mécanisme de tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

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

Il est rappelé que la carte de tiers payant que nous vous délivrons doit nous être restituée sans délai lorsque vous êtes radié des effectifs de l'entreprise.

Le contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle médical pour toutes demandes concernant les prestations notamment pour les garanties dentaire ou optique, avant ou après le paiement des prestations.

Nous pouvons avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de notre choix, dont les honoraires sont à notre charge.

En cas de refus de votre part de répondre à ce contrôle, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

En cas de contestation de notre décision, vous devez, sous peine de radiation, adresser dans les trente jours suivant la notification une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

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

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

En fonction des conclusions, nous pourrions ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Depuis le 1^{er} janvier 2017, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO) remplacent progressivement le dispositif du Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Cette évolution de dispositifs, ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires, n'a pas d'incidence sur les modalités de calcul des remboursements prévus par votre contrat : les garanties faisant référence au CAS visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

La liste des praticiens concernés est consultable sur ameli-direct.fr.

Quelles sont vos formalités déclaratives ?

Quand et comment nous déclarer vos ayants droit ?

Vous devez déclarer vos ayants droit, grâce au « bulletin individuel d'affiliation » :

- lors de votre affiliation,
- à chaque modification de votre situation familiale.

Vous devez joindre une photocopie de l'attestation jointe à votre carte vitale et un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestations.

De plus, pour justifier la qualité d'ayant droit, vous devez joindre les pièces suivantes :

- une photocopie de l'attestation jointe à la carte vitale pour chacun de vos ayants droit,

En cas de pacs ou de concubinage :

- une déclaration sur l'honneur signée des deux partenaires ou concubin,

Pour vos enfants à charge qui ne figurent pas sur votre attestation carte vitale :

- une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du(des) contrat(s),

Le cas échéant, d'une copie :

- du certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année),
- du contrat d'apprentissage ou d'alternance ou de qualification mentionnant le montant de la rémunération,
- d'une attestation d'inscription à Pôle emploi,
- de la carte d'invalidité ou de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé.

Pour vos ascendants à charge au sens du contrat :

- une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du(des) contrat(s).

En cas d'absence d'un de ces documents, les ayants droit concernés ne pourront pas bénéficier de la garantie frais de santé.

Comment obtenir un remboursement ?

Pour obtenir le premier remboursement, votre demande d'affiliation doit nous avoir été adressée soit par télétransmission, soit par courrier à l'adresse indiquée sur la carte d'affiliation mutualiste.

Pour vous et les membres de votre famille indemnisés sous votre numéro de Sécurité sociale

Il existe une procédure de traitements automatiques des remboursements (NOEMIE) entre la Sécurité sociale et nous. Cette procédure vous permet, ainsi qu'aux membres de votre famille indemnisés sous votre numéro de Sécurité sociale, de ne rien nous adresser, sauf demande expresse, dès lors que la demande de remboursement a été adressée à la Sécurité sociale.

Pour s'assurer que vous n'avez rien à nous adresser, vous devez vérifier que la mention « décompte transmis à votre mutuelle », ou une formule similaire, est indiquée sur votre décompte de la Sécurité sociale.

Si ce n'est pas le cas, vous devrez adresser l'original du décompte de la Sécurité sociale pour notre remboursement.

Si, pour procéder au remboursement, nous avons besoin d'une facture (optique, prothèse dentaire...), nous vous la réclamerons.

Si, par contre, vous n'avez pas adressé de demande de remboursement à la Sécurité sociale, par exemple parce que vous n'avez acquitté que le ticket modérateur, vous devez nous adresser votre reçu des sommes acquittées pour votre remboursement.

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

Si, en changeant de domicile, vous changez de caisse primaire d'assurance maladie, vous devez nous adresser une photocopie de votre nouvelle attestation de carte vitale pour continuer à bénéficier de la procédure NOEMIE.

Pour les membres de votre famille ayant leur propre numéro de Sécurité sociale

Vous devez déclarer sur votre bulletin individuel d'affiliation si ces derniers sont affiliés ou non à une mutuelle.

Notre intervention diffère selon leur situation :

- s'ils sont affiliés à une mutuelle, ils bénéficieront éventuellement d'un remboursement complémentaire de notre part après remboursement de la mutuelle et au vu de l'original du décompte qui leur aura été adressé par celle-ci,
- s'ils ne sont pas affiliés à une mutuelle, ils bénéficieront de notre garantie et de la procédure NOEMIE dans les mêmes conditions que vous.

Dans le cas où votre conjoint, votre partenaire pacsé, votre concubin ou vos enfants à charge relève d'un régime particulier tel que :

- régime étudiant,
- régimes de la fonction publique,
- régimes spéciaux des travailleurs non salariés,
- régime minier,

il est nécessaire de nous adresser les originaux des décomptes de prestations de ces organismes ou de la mutuelle dont ils pourraient bénéficier en complément, pour que nous puissions intervenir à titre complémentaire ou surcomplémentaire.

Comment consulter vos remboursements ?

Vous pouvez consulter à tout moment vos remboursements effectués sur votre compte en consultant l'un des services suivants :



A qui adresser vos courriers ?

Tous les courriers doivent être adressés à votre centre de gestion dont l'adresse figure sur votre carte de tiers payant santé (aucun courrier ne doit être adressé à Viamédis qui est l'organisme gestionnaire du tiers payant).

Vous êtes tenu de nous signaler tout changement d'adresse et de coordonnées bancaires ou postales.

Les généralités du contrat

La prescription

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

Toutefois ce délai ne court :

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

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

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

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, prévue à l'article 2240 du Code civil,

- la demande en justice, même en référé, prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu, de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, soit que nous adressons à votre entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que vous ou vos ayants droit nous adressez en ce qui concerne le règlement de la prestation.

La mobilité des assurés à l'étranger

Lors de vos déplacements privés de moins de trois mois hors du territoire français (sauf dans les pays formellement déconseillés par le ministère des Affaires étrangères), les garanties s'exercent également.

Les frais engagés d'une manière occasionnelle à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge partiellement par la Sécurité sociale. Les remboursements complémentaires, établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale, sont alors effectués en euros, dans la limite des garanties.

S'agissant des soins dispensés hors de France, les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires pourront, s'il y a lieu et après avis de notre médecin conseil, être plafonnées à hauteur du prix pratiqué normalement en France pour des actes et des soins équivalents.

La subrogation

Lorsque vous êtes atteint d'une affection ou êtes victime d'un accident causé(e) par un tiers responsable, nous disposons d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

Vous devrez nous en informer lors des formalités de demande de prestations.

A qui vous adresser en cas de réclamation ?

En cas de difficultés dans l'application du contrat, votre employeur, vous et/ou les bénéficiaires pouvez contacter dans un premier temps votre conseiller ou contact habituel.

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

- pour votre employeur : reclamation-entreprise-assurance@malakoffmederic.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.
- pour vous et/ou les bénéficiaires : reclamation-particulier-assurance@malakoffmederic.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, votre employeur, vous et/ou les bénéficiaires pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, vous adresser au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), à l'adresse suivante :

255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15 ou par voie électronique : www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/la-mediation/ .

La loi « informatique et libertés »

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), vous reconnaissez que nous vous avons informé, en notre qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Nous avons désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier : Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Vos données à caractère personnel peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de nous ou d'autres sociétés de notre groupe auquel elles appartiennent; et ce y compris, en notre qualité d'organisme assureur, l'utilisation de votre NIR pour la gestion, le cas échéant, de vos risques d'assurance complémentaire santé et prévoyance (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014 (dit « Pack Assurance ») ;
- la gestion de vos avis sur les produits, services ou contenus que nous ou nos partenaires proposons ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à votre inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à votre destination;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu de vos besoins exprimés ,
- la proposition de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire à votre intention par nous ou nos partenaires.

Nous nous engageons à ne pas exploiter vos données personnelles pour d'autres finalités que celles précitées.

Vous reconnaissez que la collecte et le traitement de vos données à caractère personnel (en ce compris des données d'identification, des données relatives à votre situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à votre vie personnelle, à votre santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant votre santé, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à votre consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique votre signature du bulletin individuel d'affiliation vaut recueil de votre consentement.

Les destinataires de vos données à caractère personnel sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les services de notre groupe dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que, le cas échéant les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et les souscripteurs du contrat.

Vos données de santé sont destinées à notre Service médical et à toute personne placée sous la responsabilité dudit Service Médical et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Nous nous engageons à ce que vos données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Vos données à caractère personnel relatives à votre santé sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Si vos données à caractère personnel venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la commission européenne : nous nous assurerions que le tiers se soit engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

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

Nous et nos partenaires nous engageons, (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement de vos données et (2) à notifier à la CNIL et vous informer en cas de violation de vos données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de ré-identification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

2. Vous disposez d'un droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité de vos données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. En cas de prospection commerciale par voie postale : Sauf opposition écrite de votre part, vos informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite et d'assurance de notre Groupe, ainsi qu'à nos filiales et partenaires/aux partenaires OGF, à des fins de prospection commerciale/prospection de leurs offres de produits et services.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par email à sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier à Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

Vous disposez également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

En cas de prospection commerciale par téléphone : Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

Garanties d'assistance

Lors de la remise de votre notice par votre employeur, vous trouverez en complément de celle-ci, une notice précisant les conditions d'accès aux prestations proposées par AUXIA Assistance.

Le tableau de Garanties

NATURE DES ACTES INDEMNISES		REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais engagés et en complément des remboursements de la Sécurité (sauf indication contraire)
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION EN MEDECINE, CHIRURGIE, OBSTETRIQUE ET PSYCHIATRIQUE (hors chirurgie esthétique)	
	Frais de Séjour	100 % FR limité 200 % BRSS
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (1)	100 % FR limité 200 % BRSS
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) (1)	TM + 100 % BRSS
	Forfait journalier hospitalier	100 % DE sans limitation de durée
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire
	Chambre particulière de nuit (2) (limité à 6 jours pour la maternité)	40 € / jour
	Chambre particulière de jour (2)	16 € / jour
	Lit d'accompagnant (moins de 14 ans ou + 70 ans) (2)	25 € / jour
DENTAIRE	SOINS DENTAIRES	
	Soins dentaires	200 % BRSS
	Inlay / onlay sur la base d'une restauration 3 faces (3)	200 % BRSS
	ORTHODONTIE	
	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale, sur la base d'un TO 90 (3)	200 % BRSS
	PROTHESES DENTAIRES	Dans la limite de 2 330 € / an / bénéficiaire (4)
	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale, hors inlay core, sur la base d'une prothèse de type couronne (3)	200 % BRSS
	Inlay core	200 % BRSS
	Inlay core sur la base d'un Inlay core avec clavette (3)	200 % BRSS
	Adjonction d'élément intermédiaire à une prothèse plurale (bridge)	100 % BRSS
	Implantologie forfait / an / bénéficiaire (scanner, pose de l'implant, pilier implantaire)	5 % PMSS / bénéficiaire / an
OPTIQUE – PROTHESE (5)	EQUIPEMENT VERRES - MONTURE	Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans
	Monture de lunettes	111 €
	1 verre simple adulte	
	1 verre complexe adulte (7)	159 €
	1 verre très complexe adulte (7)	
	Monture de lunettes enfant	63 €
	1 verre simple enfant (7)	
	1 verre complexe enfant (7)	89 €
	1 verre très complexe enfant (7)	
	Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	5 % PMSS / paire
	Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale (y compris les lentilles jetables)	5 % PMSS / paire / an / bénéficiaire
	AUTRES GARANTIES OPTIQUES	
	Chirurgie optique réfractive	10 % PMSS / œil / an / bénéficiaire
	AUTRES PROTHESES	
	Appareillage et prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale (dont perruques, implants mammaires suite à maladie et prescription)	300 % BRSS
Prothèses auditives (y compris piles) par prothèse	10 % PMSS / bénéficiaire	

SOINS DE VILLE	CONSULTATIONS	
	Consultations/visites de généralistes dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (1)	100 % FR limité 200 % BRSS
	Consultations/visites de généralistes hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) (1)	TM + 100 % BRSS
	Consultations/visites de spécialistes dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (1)	100 % FR limité 200 % BRSS
	Consultations/visites de spécialistes hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) (1)	TM + 100 % BRSS
	Auxiliaires médicaux remboursés par la Sécurité sociale (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophoniste, orthoptiste)	100 % FR limité 200 % BRSS
	Analyses - actes de biologie	100 % FR limité 200 % BRSS
	Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (1)	100 % FR limité 200 % BRSS
	Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) (1)	TM + 100 % BRSS
	Imagerie médicale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (1)	100 % FR limité 200 % BRSS
	Imagerie médicale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) (1)	TM + 100 % BRSS
	Médecine additionnelle non remboursées par la Sécurité sociale (8) (9)	25 € / séance dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire
	Consultation Diététicien – lutte Obésité	2 % PMSS / bénéficiaire / an
	Forfait- médicaux > 91 €	18 €
	PHARMACIE	
	Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité sociale	TM
	Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité sociale	TM
	Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité sociale	TM
	Vaccins préventifs non remboursés par le Sécurité sociale	100 % BRSS
	Sevrage tabagique sur prescription médicale et sur facture	50 € / an
	Forfait contraception non remboursée par la Sécurité sociale	3 % PMSS / an
	FRAIS DE TRANSPORT	
	Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale	100 % BRSS
	CURE THERMALE	
	Cure thermale en France remboursée par la Sécurité sociale Forfait global annuel : honoraires et traitement thermal	100 % BRSS
	Cure thermale en France remboursée par la Sécurité sociale Forfait global annuel : hébergement et transport	10 % PMSS / an
	Cure thermale en France non remboursée par la Sécurité sociale Forfait global annuel : honoraires, traitement thermal, hébergement et transport	8 % PMSS / an

PREVENTION	ACTES DE PREVENTION	
	Tout acte de prévention remboursé par Sécurité sociale	TM
	Ostéodensitométrie osseuse	2 % PMSS
	Dépistage des troubles de l'audition	1 dépistage / 2 ans

- (1) Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus incluent le contrat d'accès aux soins (CAS), l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens. Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un de ces dispositifs.
- (2) Montants versés hors conventions spécifiques – Limitation de la prise en charge à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements spécialisés (psychiatrie).
Pour la chambre particulière de jour, il s'agit d'une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (3) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base des codifications de la Sécurité sociale indiquées entre parenthèses pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.
- (4) Les limitations annuelles pour la prothèse dentaire s'entendent y compris pour les suppléments dents visibles et l'implantologie, en cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM est assurée.
- (7) Verres adultes complexes correspondent aux verres à dioptrie > 6 en valeur absolue, soit aux codes LPP suivant de la nomenclature Sécurité sociale : 2280660, 2282793, 2263459, 2265330, 2235776, 2295896, 2284527, 2254868, 2288519, 2299523, 2290396, 2291183, 2227038, 2299180. Verres adultes très complexes correspondent aux codes suivants : 2243540, 2297441, 2243304, 2291088, 2273854, 2248320, 2283953, 2219381, 2238941, 2268385, 2245036, 2206800, 2259245, 2264045, 2240671, 2282221. Verres enfants très complexes : 2238792, 2202452, 2234239, 2259660.

Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.

La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1er élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties optiques respectent les planchers par équipement imposés par l'article D.911-1 4° du Code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale.

- (8) Dans la liste des spécialités suivantes : Ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, psychologue, psychomotricien, tabacologue, homéopathie, étiopathie.
- (9) Sur facture détaillée, hors sevrage tabagique qui fait l'objet d'une prise en charge spécifique.

FRAIS COUVERTS	GLOSSAIRE
<p>Les remboursements indiqués s'entendent en complément de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.</p> <p>Les pénalités financières appliquées par la Sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L-871-1 du Code de la Sécurité sociale, ne donne pas lieu à remboursement complémentaire.</p> <p>La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée à minima au TM.</p> <p>La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale.</p>	<p>DE : Montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.</p> <p>SS : Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale</p> <p>BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>TM : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales</p> <p>BRR : Base de remboursement reconstituée</p>

Lexique

Acupuncture

Il s'agit d'un traitement par implantation d'aiguilles visant à fluidifier la circulation de l'énergie dans le corps.

Base de remboursement

Il s'agit du tarif de base déterminé par la Sécurité sociale française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non conventionnés.

Chiropractie

Il s'agit d'une médecine naturelle qui a pour objet de diagnostiquer, traiter ou prévenir les troubles musculaires en se concentrant principalement sur la manipulation des terminaisons nerveuses.

Dépassements d'honoraires non pris en charge

Lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonnés, les médecins spécialistes sont autorisés à pratiquer des dépassements dans certaines limites pour chaque acte effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Forfait hospitalier

Il s'agit de la somme journalière à votre charge et dont le montant est fixé par arrêté.

Majoration de participation financière

Si vous n'avez pas de médecin traitant, ou si vous consultez directement un médecin sans prescription de votre médecin traitant (sauf en cas d'urgence ou de consultation en dehors du lieu de votre résidence habituelle) ou dans certains cas si vous refusez l'accès à votre dossier médical personnel, conformément aux dispositions des articles 3 et 7 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 ; une majoration du ticket modérateur sera effectuée.

Ostéopathie

Il s'agit d'un traitement manuel s'intéressant aux troubles fonctionnels du corps humain.

Régime obligatoire

Le régime de Sécurité sociale français auquel vous êtes affilié.

Remboursement TM forfaitaire 18 €

Participation forfaitaire, prévue à l'article L.322-2-II du Code de la sécurité sociale, à votre charge pour certains actes ou consultations pris en charge par l'assurance maladie et réalisés par un médecin en

ville ou dans un établissement de santé (à l'exclusion notamment des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale.

TA (tarif d'autorité)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TC (tarif de convention)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française (base métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TFR (tarif forfaitaire de responsabilité)

Base de remboursement du régime obligatoire calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établie par arrêté ministériel.

TM (ticket modérateur)

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion de la contribution forfaitaire et de la majoration de participation financière maintenues à votre charge.

TR (tarif de responsabilité)

Cela vise :

- le tarif convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- le tarif d'autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

Tiers payant (ou dispense d'avance de frais)

Paiement direct, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques par les organismes d'assurance complémentaire, à votre place.