

## **AVENANT N°6**

au contrat frais de santé n° M3/Q10420-0001-S

Le présent avenant doit être conservé avec vos pièces contractuelles

Vous (le souscripteur) : **ASSOCIATION DES ANCIENS DE L'EMPLOI - A.M.A.E** (siren n° 538 396 110), dont le siège social est situé au 71 boulevard de Brandebourg, 94200 IVRY- SUR- SEINE.

et :

**Mutuelle Malakoff Humanis**, (nouvelle dénomination sociale de Malakoff Médéric Mutuelle), dont le siège social est situé 21 rue Laffitte, 75009 PARIS, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, N° SIREN 784 718 256, représentée par Madame Hélène Martrenchard, Directrice de la Souscription,

il a été convenu ce qui suit :

### **ARTICLE 1. OBJET**

---

Le présent avenant a pour objet de modifier à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2020 :

- les cotisations applicables ;
- certaines dispositions de votre contrat suite aux dernières évolutions réglementaires.

## ARTICLE 2. COTISATIONS

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, les cotisations toutes taxes comprises de votre contrat sont égales à :

### Pour les personnes affiliées avant le 01/07/2014

Tranches	Revenus mensuels	Adhérent	2 Adhérents	3 Adhérents	Famille
1	<= 800 €	60,64 €	109,40 €	147,53 €	166,03 €
2	801 à 1250 €	85,64 €	159,40 €	218,67 €	233,17 €
3	1251 à 1500€	92,27€	168,66 €	233,17 €	250,30 €
4	1501 à 1750€	100,14 €	183,16 €	252,92 €	275,30 €
5	1751 à 2000€	105,39 €	193,66 €	267,42 €	295,05 €
6	2001 à 2250€	113,27€	209,41 €	288,55 €	320,06 €
7	2251 à 2500€	119,90 €	221,29 €	305,68 €	342,56 €
8	2501 à 2750€	126,52 €	233,17 €	321,43 €	360,94 €
9	> 2750€	131,77 €	242,42 €	334,56 €	380,70 €

### Pour les personnes affiliées du 01/07/2014 au 31/12/2019

Tranches	Revenus mensuels	Adhérent	1 Adhérent + 1 enfant	Famille
1	<= 800 €	60,64 €	109,40 €	166,03 €
2	801 à 1250 €	85,64 €	159,40 €	233,17 €
3	1251 à 1500€	92,27 €	168,66 €	250,30 €
4	1501 à 1750€	100,14 €	183,16 €	275,30 €
5	1751 à 2000€	105,39 €	193,66 €	295,05 €
6	2001 à 2250€	113,27 €	209,41 €	320,06 €
7	2251 à 2500€	119,90 €	221,29 €	342,56 €
8	2501 à 2750€	126,52 €	233,17 €	360,94 €
9	> 2750€	131,77 €	242,42 €	380,70 €

### Pour les personnes affiliées après le 01/01/2020

Tranches	Revenus mensuels	Adhérent	1 Adhérent + 1 enfant	Famille
1	<= 1000 €	60,64 €	109,40 €	166,03 €
2	1001 à 1250 €	85,64 €	159,40 €	233,17 €
3	1251 à 1500€	92,27 €	168,66 €	250,30 €
4	1501 à 1750€	100,14 €	183,16 €	275,30 €
5	1751 à 2000€	105,39 €	193,66 €	295,05 €
6	2001 à 2250€	113,27 €	209,41 €	320,06 €
7	2251 à 2500€	119,90 €	221,29 €	342,56 €
8	2501 à 2750€	126,52 €	233,17 €	360,94 €
9	> 2750€	131,77 €	242,42 €	380,70 €

La cotisation est déterminée en fonction du dernier avis d'imposition. Le montant de la cotisation pour les adhérents est fixé le jour de l'adhésion et est calculé à partir du montant des revenus de retraite, du salaire (ligne1 « vous »), de l'indemnité de chômage ou de tout autre revenu, figurant sur l'avis d'imposition de l'année N-1.

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.

### ARTICLE 3. 100 % SANTE

---

**Afin de continuer à être qualifié de solidaire et responsable, le contrat de l'entreprise souscriptrice doit être modifié et intégrer les dispositions relatives à la réforme dite « 100% santé » en optique, dentaire et pour les aides auditives dans le respect du calendrier prévu par les textes. Les autres dispositions relatives au contrat solidaire et responsable restent inchangées.**

Vous trouverez ci-après le nouveau tableau de garanties de votre contrat intégrant ces modifications.

**Si le contrat comporte des garanties optiques dentaires ou auditives, elles sont modifiées de la façon suivante :**

#### 1. Optique

##### a. Généralités

Les évolutions suivantes entreront en vigueur à compter du **1<sup>er</sup> janvier 2020**.

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

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

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

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

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

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

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

Les verres simples, complexes ou très complexes sont ainsi définis :

<p><b>VERRES SIMPLES</b></p> <p>Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries, Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.</p>
<p><b>VERRES COMPLEXES</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,</li><li>• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,</li><li>• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,</li><li>• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,</li><li>• Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,</li><li>• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,</li><li>• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.</li></ul>
<p><b>VERRES TRES COMPLEXES</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries,</li><li>• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,</li><li>• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,*</li><li>• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.</li></ul>

\*Sphère supérieure à une dioptrie de -8DI soit -9D

## b. Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 an suivant la dernière facturation</li> <li>• 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage</li> </ul>
<b>Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue</b>		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition <b>de verres.</b>
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;</li> <li>• variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;</li> <li>• somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;</li> <li>• variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;</li> <li>• variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;</li> <li>• variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) &gt; 4,00 dioptries.</li> </ul>	
Constataion de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> <li>• soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne,</li> <li>• soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.</li> </ul>	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
<b>Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières</b>		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement <b>des verres.</b>	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constataion de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

## 2. Dentaire

Les évolutions suivantes entreront en vigueur en deux temps : à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour une partie des **actes du panier** « 100% santé », puis au 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour le reste des **soins prothétiques dentaires**.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

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

## 3. Aide auditive

Les évolutions suivantes entreront en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% santé.
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

## ARTICLE 4. ENFANTS A CHARGE

---

- La loi n°2018-166 du 08 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants prévoit le rattachement progressif **des étudiants** au régime général de la Sécurité sociale.

Si l'une des conditions de reconnaissance de la qualité d'enfant à charge au sens du contrat est d'être affilié au régime de Sécurité sociale des étudiants, celle-ci est remplacée par la poursuite d'études secondaires, supérieures ou d'une formation en alternance. Cette qualité doit être justifiée lors de l'adhésion individuelle puis annuellement par la production d'un certificat de scolarité.

## ARTICLE 5. PRESTATIONS

POSTES	Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :
<b>HOSPITALISATION (1)</b>	
<b>Frais de séjour</b> En établissement conventionné ou non conventionné	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS
<b>Honoraires</b>	
<b>Praticien adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS
<b>Praticien non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %TM + 100 %BRSS
<b>Forfait journalier hospitalier (3)</b> Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % Frais Réels
<b>Chambre particulière (2)</b> Non remboursé par la Sécurité sociale	
Par nuitée (limité à 6 jours pour la maternité)	40 €
Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	16 €
<b>Lit d'accompagnant (2)</b> Non remboursé par la Sécurité sociale	
Bénéficiaire de moins de 14 ans ou + 70 ans	25 €

<b>DENTAIRE auprès d'un professionnel</b>	
<b>Soins et prothèses 100 % Santé**</b> À compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire.	
<b>Soins</b> Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	200 %BRSS
<b>Prothèses autres que 100 % Santé</b>	
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (hors inlay-onlay, inlay-core, bridge)	200 %BRSS
Inlay-onlay	200 %BRSS
Inlay-core	200 %BRSS
Adjonction d'élément intermédiaire à une prothèse plurale (bridge)	100 %BRSS
<b>Implantologie</b> Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire - Forfait par an et par bénéficiaire	5 %PMSS
<b>Orthodontie (4)</b> Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	200 %BRSS
<b>Plafond global dentaire (5) :</b> (uniquement pour prothèses autres que 100 % Santé et l'implantologie) par an et par bénéficiaire	2 330 €

<b>OPTIQUE</b> <b>ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres)</b> <b>Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer au contrat</b>	
<b>Équipement 100 % Santé**</b> (classe A)	sans reste à payer (7)
<b>Équipement autre que 100 % Santé</b> (classe B)	
par verre simple adulte *****	159 €
par verre complexe adulte *****	159 €
par verre très complexe adulte *****	159 €
par monture de lunettes adulte *****	100 €
par verre simple enfant *****	89 €
par verre complexe enfant *****	89 €
par verre très complexe enfant *****	89 €
par monture de lunettes enfant *****	63 €
<b>Lentille</b> Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire <b>Chirurgie optique réfractive</b> Par œil, par an et par bénéficiaire	5 % PMSS / paire 5 % PMSS / paire 10 %PMSS

<b>AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT</b> <b>par oreille</b>	
<b>Jusqu'au 31/12/2020 :</b>	
Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par bénéficiaire	10 %PMSS
<b>À compter du 01/01/2021 :</b> <b>Renouvellement par appareil tous les 4 ans</b>	
<b>Équipement 100 % Santé**</b> (classe I*** )	sans reste à payer (8)
<b>Équipement autre que 100 % Santé</b> (classe II*** )	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par bénéficiaire 10 %PMSS



<b>SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
<b>Consultation / visite / consultation en ligne</b>		
chez un généraliste	<b>Adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* <b>Non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS  100 %TM + 100 %BRSS
chez un spécialiste	<b>Adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* <b>Non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS  100 %TM + 100 %BRSS
Actes techniques médicaux	<b>Adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* <b>Non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS  100 %TM + 100 %BRSS
Actes d'imagerie médicale	<b>Adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* <b>Non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS  100 %TM + 100 %BRSS
<b>Honoraires paramédicaux</b>		100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS
<b>Matériel médical</b>	Appareillage et prothèses médicales (dont perruques, implants mammaires suite à maladie et prescription), hors aides auditives et optique	300 %BRSS
<b>Frais de transport sanitaire</b>	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (6)	100 %BRSS
<b>Cures thermales Remboursées par la Sécurité sociale</b>		
Honoraires et traitement thermal		100 %BRSS
Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel		10 %PMSS
<b>Cures thermales Non remboursées par la Sécurité sociale</b>		
Honoraires, traitement thermal, hébergement et transport - forfait global annuel		8 %PMSS
<b>Médicaments</b>		
Médicaments remboursés à 65%		100 %TM
Médicaments remboursés à 30%		100 %TM
Médicaments remboursés à 15%		100 %TM
Vaccins préventifs non remboursés par le Sécurité sociale		100 %BRSS
Contraception non remboursée par la Sécurité sociale - par an		3 %PMSS
Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale (sur prescription médicale et facture) - par an		50 €

<b>Médecine additionnelle et de prévention</b>	Médecine additionnelle non remboursée (9)- par an, par séance et par bénéficiaire	
Ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, psychologue, psychomotricien, tabacologue, homéopathie, étiopathie dans la limite de 3 séances		25 €
Consultation Diététicien – lutte Obésité - par an et par bénéficiaire		2 %PMSS
Ostéodensitométrie osseuse		2 %PMSS
Dépistage des troubles de l'audition		1 dépistage / 2 ans

**BR** = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

\* **Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique)** : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

\*\* Tels que définis règlementairement : **dispositif 100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

\*\*\* Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B.

\*\*\*\* Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(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) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(4) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(5) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.

(6) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Contrat.

(8) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Contrat.

(9) Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale

**ARTICLE 6. AUTRES DISPOSITIONS**

---

Les autres dispositions de votre contrat demeurent inchangées.

**ARTICLE 7. VOS OBLIGATIONS D'INFORMATION**

---

Le présent avenant est annexé à votre contrat dont il fait partie intégrante.

Nous attirons votre attention sur l'obligation qui vous incombe de porter à la connaissance de vos adhérents assurés, les modifications apportées à leurs droits et obligations. A cet effet, vous trouverez ci-joint l'avenant à la notice d'information y afférant.

Fait à PARIS en double exemplaire, le 20 février 2020.

Pour le souscripteur

Pour Mutuelle Malakoff Humanis



Représenté par.....  
Agissant en qualité de.....

P/O  
Madame Hélène Martrenchard  
Directrice de la Souscription