

# FRAIS DE SANTÉ

CONTRAT COLLECTIF :

Complémentaire à adhésion facultative responsable N° M3/Q10420-0001-S  
Avenant N°9

Entre :

**Raison sociale : ASSOCIATION DES ANCIENS DE L'EMPLOI - A.M.A.E**  
**N° SIREN : 538 396 110**  
**Siege social : 71 Boulevard Brandebourg 94200 IVRY-SUR -SEINE**

*Ci-après dénommé(e) « le souscripteur »,*

Et :

**Mutuelle Malakoff Humanis, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, Siren n°775 691 181, dont le siège social est situé au 21 rue Laffitte, 75009 PARIS,**

*Ci-après dénommée « l'organisme assureur »,*

## AVENANT N ° 9 AU CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE RESPONSABLE N° M3/Q10420-0001-S

### OBJET / DATE D'EFFET

A effet du 1<sup>er</sup> janvier 2023, l'avenant a pour objet de :

- modifier les garanties de votre contrat,
- communiquer les cotisations applicables,
- modifier certaines dispositions de votre contrat liées à des évolutions législatives, réglementaires et de nos règles de gestion.

### GARANTIES SOUSCRITES

Les garanties du contrat sont ainsi modifiées :

		GARANTIE	
		Régime responsable Les remboursements interviennent en complément du remboursement la Sécurité Sociale dans la limite des frais engagés	
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>Forfait patient urgence (16)</b>		100% DE
	<b>Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris soins courants)</b>		100% de la participation forfaitaire
	<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 €	

**AVENANT N ° 9**  
**AU CONTRAT COLLECTIF**  
**A ADHESION FACULTATIVE RESPONSABLE N° M3/Q10420-0001-S**

<b>DENTAIRE</b>  auprès d'un professionnel	<b>Soins et prothèses 100 % Santé**</b>		sans reste à payer (12)
	<b>Soins autres que 100 % Santé</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 (7)</b>	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	200 %BRSS	
	<b>Plafond global dentaire (8) :</b> (uniquement pour prothèses autres que 100 % Santé et l'implantologie)	Par an et par bénéficiaire	2 330 €
<b>OPTIQUE</b>  <b>ÉQUIPEMENT</b> (1 monture + 2 verres)  Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	<b>Équipement 100 % Santé**</b> (classe A)	Y compris facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appariage des verres par l'opticien	sans reste à payer (12)
	<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 €
		Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100 %TM
		par verre simple enfant *****	89 €
		par verre complexe enfant *****	89 €
		par verre très complexe enfant *****	89 €
	par monture de lunettes enfant *****	63 €	
	Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100 %TM	
<b>Lentille</b>		Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	5 % PMSS / paire
		Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	5 % PMSS / paire
	<b>Chirurgie optique réfractive</b>	Par œil, par an et par bénéficiaire	10 %PMSS

**AVENANT N ° 9**  
**AU CONTRAT COLLECTIF**  
**A ADHESION FACULTATIVE RESPONSABLE N° M3/Q10420-0001-S**

<b>AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille Renouvellement par appareil tous les 4 ans</b>	<b>Équipement 100 % Santé**</b> (classe I***)		sans reste à payer (13)
	<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 100% TM
	<b>Accessoires et fournitures</b>		

<b>SOINS COURANTSauprès 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
	<b>Actes techniques médicaux</b>	<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>Actes d'imagerie médicale</b>	<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 (11)	100 %BRSS
	<b>Cures thermales</b> Remboursées par la Sécurité sociale	<b>Honoraires et traitement thermal</b>  <b>Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel</b>	100 %BRSS  10 %PMSS
	<b>Cures thermales</b> Non remboursées par la Sécurité sociale	<b>Honoraires, traitement thermal, hébergement et transport - forfait global annuel</b>	8 %PMSS

**AVENANT N ° 9**  
**AU CONTRAT COLLECTIF**  
**A ADHESION FACULTATIVE RESPONSABLE N° M3/Q10420-0001-S**

	<b>Médicaments</b>	Médicaments remboursés à 65%	100 %TM
		Médicaments remboursés à 30%	100 %TM
		Médicaments remboursés à 15%	100 %TM
		Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	120 €
		Vaccins préventifs non remboursés par la 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 (14)</b>	Médecine additionnelle non remboursée - par an, par séance et par bénéficiaire
		Ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, psychologue, psychomotricien, tabacologue, homéopathie, étio-pathie 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
	<b>Actes de prévention</b>		
	Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (15)		100% TM

**BR** = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du 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). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2023 :3666 €). **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

\* **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 réglementairement : **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 réglementairement 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 réglementaire des options de la liste A et de la liste B.

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

## AVENANT N ° 9 AU CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE RESPONSABLE N° M3/Q10420-0001-S

- (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.
- (7) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
- (8) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.
- (11) 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.
- (12) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation.
- (13) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.
- (14) Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale
- (15) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur [ameli.fr](http://ameli.fr))
- (16) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

### COTISATIONS

Les cotisations (tous frais compris) payables selon les modalités définies à votre contrat sont égales à :

Pour les personnes affiliées avant le 01/07/2014

9 tranches	Revenus mensuels	Adhérent		2 Adhérents		3 Adhérents		Famille	
		en % PMSS	en €*	en % PMSS	en €*	en % PMSS	en €*	en % PMSS	en €*
1	<= 1000 €	1,78%	65,25 €	3,20%	117,31 €	4,32%	158,37 €	4,86%	178,17 €
2	1001 à 1250€	2,51%	92,02 €	4,67%	171,20 €	6,40%	234,62 €	6,83%	250,39 €
3	1251 à 1500€	2,70%	98,98 €	4,94%	181,10 €	6,83%	250,39 €	7,33%	268,72 €
4	1501 à 1750€	2,93%	107,41 €	5,36%	196,50 €	7,41%	271,65 €	8,06%	295,48 €
5	1751 à 2000€	3,08%	112,91 €	5,67%	207,86 €	7,83%	287,05 €	8,64%	316,74 €
6	2001 à 2250€	3,31%	121,34 €	6,13%	224,73 €	8,45%	309,78 €	9,38%	343,87 €
7	2251 à 2500€	3,51%	128,68 €	6,49%	237,92 €	8,95%	328,11 €	10,03%	367,70 €
8	2501 à 2750€	3,70%	135,64 €	6,83%	250,39 €	9,42%	345,34 €	10,57%	387,50 €
9	> 2750€	3,85%	141,14 €	7,10%	260,29 €	9,80%	359,27 €	11,15%	408,76 €

\* Cotisation en € à titre indicatif sur la base du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale) de 2023 : 3 666€

## AVENANT N° 9 AU CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE RESPONSABLE N° M3/Q10420-0001-S

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

9 tranches	Revenus mensuels	Adhérent		1 Adhérent + 1 enfant		Famille	
		en % PMSS	en €* €	en % PMSS	en €* €	en % PMSS	en €* €
1	<= 1000 €	1,78%	65,25 €	3,20%	117,31 €	4,86%	178,17 €
2	1001 à 1250€	2,51%	92,02 €	4,67%	171,20 €	6,83%	250,39 €
3	1251 à 1500€	2,70%	98,98 €	4,94%	181,10 €	7,33%	268,72 €
4	1501 à 1750€	2,93%	107,41 €	5,36%	196,50 €	8,06%	295,48 €
5	1751 à 2000€	3,08%	112,91 €	5,67%	207,86 €	8,64%	316,74 €
6	2001 à 2250€	3,31%	121,34 €	6,13%	224,73 €	9,38%	343,87 €
7	2251 à 2500€	3,51%	128,68 €	6,49%	237,92 €	10,03%	367,70 €
8	2501 à 2750€	3,70%	135,64 €	6,83%	250,39 €	10,57%	387,50 €
9	> 2750€	3,85%	141,14 €	7,10%	260,29 €	11,15%	408,76 €

\* Cotisation en € à titre indicatif sur la base du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale) de 2023 : 3 666€

Pour les personnes affiliées depuis le 01/01/2020 (Groupe ouvert à l'adhésion)

9 tranches	Revenus mensuels	Adhérent		1 Adhérent + 1 enfant		1 Adhérent + 2 enfants et plus	
		en % PMSS	en €* €	en % PMSS	en €* €	en % PMSS	en €* €
1	<= 1000 €	1,78%	65,25 €	3,20%	117,31 €	4,86%	178,17 €
2	1001 à 1250€	2,51%	92,02 €	4,67%	171,20 €	6,83%	250,39 €
3	1251 à 1500€	2,70%	98,98 €	4,94%	181,10 €	7,33%	268,72 €
4	1501 à 1750€	2,93%	107,41 €	5,36%	196,50 €	8,06%	295,48 €
5	1751 à 2000€	3,08%	112,91 €	5,67%	207,86 €	8,64%	316,74 €
6	2001 à 2250€	3,31%	121,34 €	6,13%	224,73 €	9,38%	343,87 €
7	2251 à 2500€	3,51%	128,68 €	6,49%	237,92 €	10,03%	367,70 €
8	2501 à 2750€	3,70%	135,64 €	6,83%	250,39 €	10,57%	387,50 €
9	> 2750€	3,85%	141,14 €	7,10%	260,29 €	11,15%	408,76 €

\* Cotisation en € à titre indicatif sur la base du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale) de 2023 : 3 666€

**AVENANT N ° 9  
AU CONTRAT COLLECTIF  
A ADHESION FACULTATIVE RESPONSABLE N° M3/Q10420-0001-S**

**DISPOSITIONS GENERALES**

Les dispositions de votre contrat citées ci-après évoluent et deviennent les suivantes :

• **COMMUNICATION DEMATERIALISEE**

L'assureur communique progressivement de façon dématérialisée avec l'assuré via son Espace Client ou par courriel, pour la gestion de son contrat et de son affiliation.

L'assuré peut demander à tout moment à revenir à une communication exclusivement sous format papier, en modifiant son choix dans l'Espace Client ou en contactant l'organisme assureur.

• **FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER**

Le forfait journalier hospitalier est pris en charge pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L174-4 du Code la Sécurité sociale, à l'exclusion des établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'Action sociale et des Familles et à l'article L.174-6 du Code de la Sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...).

• **DISPOSITIF « MONPSY »**

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 prévoit la prise en charge de séances d'accompagnement psychologique dans le cadre du dispositif « MonPsy ».

Depuis le 5 avril 2022, votre contrat rembourse le ticket modérateur des séances effectuées dans le cadre de ce dispositif.

• **MODIFICATION DE PRESCRIPTION MEDICALE OPHTALMOLOGIQUE PAR LES ORTHOPTISTES**

Suite à la loi de financement de la Sécurité sociale 2022, les orthoptistes sont désormais autorisés dans certains cas à modifier des prescriptions médicales réalisées par un médecin ophtalmologiste.

Les dispositions du contrat relatives aux pièces justificatives nécessaires au paiement des prestations sont complétées comme suit :

Pièces nécessaires au paiement des prestations

Sous réserve que les garanties soient souscrites, le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Traitement par Noémie	Justificatifs à fournir
Optique	<ul style="list-style-type: none"><li>• Devis détaillé et accepté par l'assuré.</li><li>• Facture détaillée et acquittée.</li><li>• Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'opticien.</li><li>• Le cas échéant, prescription médicale initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ou l'orthoptiste.</li><li>• Le cas échéant, bilan visuel réalisé préalablement au renouvellement de la prescription par un médecin ophtalmologiste.</li></ul>
Traitement hors Noémie	Justificatifs à fournir
Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"><li>• Décompte original de la Sécurité sociale, complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.</li></ul>



**AVENANT N ° 9  
AU CONTRAT COLLECTIF  
A ADHESION FACULTATIVE RESPONSABLE N° M3/Q10420-0001-S**

• **ENCADREMENT DE LA PHARMACIE NON REMBOURSEE**

La garantie « pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale » concerne :

- les produits pharmaceutiques réglementés,
- les APSI (Allergènes préparés spécialement pour un individu) réglementés,
- les compléments alimentaires dont la TVA est à 5,5%.

Par conséquent, ne sont pas couverts par cette garantie les produits dont la TVA est de 20% (produits dits "de confort").

Les dispositions du contrat relatives aux pièces justificatives nécessaires au paiement des prestations sont complétées comme suit :

**Pièces nécessaires au paiement des prestations**

Sous réserve que les garanties soient souscrites, le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Traitement hors Noémie	Justificatifs à fournir
Automédication et pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale (sans prescription médicale)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit.</li></ul>
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit.</li></ul>

Liste des pharmacies autorisées à vendre sur internet : <http://www.ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search>

• **RENONCIATION**

Les dispositions du contrat relatives à la renonciation sont modifiées comme suit :

L'assuré qui est affilié à titre facultatif, peut renoncer à son affiliation pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'affiliation a pris effet.

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures (minuit). S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le délai n'est pas prolongé.

L'assuré peut demander la renonciation à son choix :

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite à notre siège social ou chez notre représentant ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente jours suivant la date de réception de la demande par l'organisme assureur. Toutefois, si des prestations ont été versées, l'assuré devra les rembourser intégralement avant tout remboursement préalable des cotisations.

**La renonciation est définitive.**

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :

« Je soussigné(e) (nom, prénom) ....., demeurant (adresse complète) ..... déclare renoncer à mon affiliation au contrat n° ....., ayant pris effet le ..... conformément aux dispositions de l'article « renonciation » du contrat. »

**AVENANT N ° 9**  
**AU CONTRAT COLLECTIF**  
**A ADHESION FACULTATIVE RESPONSABLE N° M3/Q10420-0001-S**

### AUTRES DISPOSITIONS

---

Les autres dispositions de votre contrat demeurent inchangées.

Si votre contrat a été souscrit depuis au moins un an, nous vous rappelons que vous disposez du droit à le résilier à tout moment. D'autre part, lorsque votre contrat permet à vos salariés de s'affilier à titre facultatif, ils bénéficient également de ce droit.

### CONCLUSION

---

L'avenant fait partie intégrante du contrat susvisé.

Il est établi en deux exemplaires dont un est à retourner signé à l'organisme assureur **dans les DEUX mois qui suivent la date d'émission.**

Conformément aux obligations légales, il est rappelé qu'il appartient au souscripteur de porter à la connaissance des personnes assurables les modifications apportées à leurs droits et obligations en leur remettant l'additif à la notice d'information joint à l'avenant.

Pour le souscripteur  
Représenté(e) par (*nom/prénom*) :  
Agissant en qualité de (*fonction*) :  
(*Signature*)

Pour Mutuelle Malakoff Humanis  
Direction des Affaires Juridiques Institutionnelles et Fiscales  
/ Juridique Assurance  
Représenté(e) par : Muriel Chéron-Desmet  
Agissant en qualité de : Chargé(e) de rédaction

Fait à Paris, le 16 janvier 2023

