

SANTÉ
HCR



CONDITIONS GÉNÉRALES

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ DES SALARIÉS
RELEVANT DE LA CONVENTION COLLECTIVE
DES HÔTELS, CAFÉS, RESTAURANTS

DATE D'EFFET : 1^{ER} JANVIER 2016

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	4
------------------	----------

DÉFINITIONS	5
--------------------	----------

TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Cadre juridique – Objet	6
Article 2 - Souscription du contrat	6
Article 3 - Modifications du contrat souscrit par l'entreprise	6
Article 4 - Affiliation - Bénéficiaires	7
Article 5 - Prise d'effet des garanties - Durée	7
Article 6 - Cotisation – Déclaration nominative annuelle	9
Article 7 - Prestations	10
Article 8 - Prescription	12
Article 9 - Territorialité	13
Article 10 - Résiliation du contrat	13
Article 11 - Contrôle des institutions	13
Article 12 - Réclamation – Informatique et libertés	13

TITRE II : GARANTIES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Article 13 - Tableau des garanties	14
------------------------------------	----

PRÉAMBULE

Votre entreprise relève de la Convention collective nationale des Hôtels Cafés Restaurants.

Les partenaires sociaux de votre branche professionnelle ont instauré, par accord collectif du 6 octobre 2010 (ci-après dénommé l'Accord de Branche), un régime conventionnel de frais de santé au plan national, au bénéfice de l'ensemble du personnel relevant du champ d'application de la Convention collective nationale susvisée.

Les co-assureurs listés ci-dessous proposent un contrat d'assurance respectant les dispositions de l'Accord de Branche, dédié aux entreprises de votre branche professionnelle :

- **Malakoff Médéric Prévoyance** Institution de prévoyance relevant du Code de la sécurité sociale, ayant son siège social 21 rue Laffitte, 75009 Paris,

apériteur,

- **KLESIA Prévoyance**, Institution de prévoyance, relevant du Code de la sécurité sociale, ayant son siège social 4 rue Georges Picquart, 75017 Paris,
- **AUDIENS Prévoyance**, Institution de prévoyance relevant du Code de la sécurité sociale, ayant son siège social 74 rue Jean Bleuzen, 92170 Vanves.

Les co-assureurs ont délégué la gestion des affiliations des salariés des Entreprises adhérentes au régime, ainsi que la gestion des prestations de frais de santé, à :

- **GPS**, Gestion Prestation Service SAS, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 490 527 199, ayant son siège social 51 avenue Hoche, 75008 Paris ; Site administratif : 5 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 41200 Romorantin Lanthenay.

DÉFINITIONS

ADHÉRENTE, OU ENTREPRISE ADHÉRENTE	Personne morale ou physique qui souscrit un contrat d'assurance dans le cadre des présentes Conditions générales, auprès de l'une des Institutions co-assureurs, au profit de son personnel défini au Certificat d'adhésion ou Conditions particulières.
ASSURÉ	Salarié appartenant à une catégorie de personnel assurée (définie au Certificat d'adhésion), le cas échéant ancien salarié affilié au contrat au titre de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.
BÉNÉFICIAIRE	Personne couverte par le contrat souscrit par l'Adhérente.
GARANTIE	Engagement de l'Institution, en contrepartie du paiement de la cotisation prévue au contrat, de verser une prestation en cas de dépenses de frais de santé couvertes par le contrat, engagées au cours d'une période d'assurance.
INSTITUTION(S)	Lorsque le mot Institution est utilisé au singulier, ceci renvoie à celle des Institutions co-assureurs auprès de laquelle l'Entreprise adhérente a effectivement régularisé son adhésion au régime mutualisé de frais de santé.
PRESTATION	Exécution de la garantie par l'Institution ayant recueilli le contrat de l'Adhérente.
SÉCURITÉ SOCIALE	Organisme gestionnaire d'un régime de base de Sécurité sociale : régime général, régime Alsace Moselle, Mutualité Sociale Agricole.

TITRE 1**DISPOSITIONS GÉNÉRALES****ARTICLE 1****CADRE JURIDIQUE – OBJET**

Le présent contrat, régi par le Livre IX, Titre III, du Code de la sécurité sociale, est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, mis en œuvre en application de l'Accord de Branche du 6 octobre 2010 intégré à la :

**Convention collective nationale
des Hôtels Cafés Restaurants**

Le contrat a pour objet d'assurer aux bénéficiaires définis à l'article 4.2 le remboursement de tout ou partie des frais de santé pris en charge par le régime général de la Sécurité sociale (ou autre régime de base) au titre de l'assurance maladie ; toutefois, les conditions de garanties peuvent prévoir le remboursement de certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale, sous réserve qu'il s'agisse de spécialités ou actes à caractère thérapeutique.

Seules les entreprises entrant dans le champ d'application de l'Accord de Branche peuvent souscrire ce contrat. Toutefois, sous réserve d'un accord préalable de l'Institution, les entreprises ayant un lien direct avec la branche professionnelle et qui appliquent volontairement la convention collective des Hôtels Cafés Restaurants, peuvent également souscrire le contrat.

L'ensemble des contrats souscrits par les entreprises dans le cadre des présentes Conditions générales constituent un périmètre de mutualisation des résultats ; il est établi un compte d'exploitation technique commun. Toute évolution des conditions d'assurance s'applique à l'ensemble des contrats relevant de ce périmètre.

Le contrat est co-assuré, selon les quotes-parts suivantes : 35 % pour Malakoff Médéric Prévoyance (apériteur), 60 % pour KLESIA Prévoyance et 5 % pour AUDIENS Prévoyance. La responsabilité de chaque Institution est limitée, vis-à-vis de chaque entreprise, à hauteur de la quote-part qui lui incombe. En cas de modification ou cessation de la co-assurance, les assurés bénéficient du respect de la garantie de leurs droits ; l'Institution ayant reçu l'adhésion informera l'entreprise des conséquences sur son contrat.

Les prestations sont précisées au Titre 2.

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

Il répond en outre aux dispositions de l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale concernant la couverture minimale dite « Panier de soins ».

ARTICLE 2**SOUSCRIPTION DU CONTRAT**

Dans la suite du document, l'entreprise souscriptrice est dénommée **l'Adhérente**.

La souscription du contrat s'effectue auprès de l'une ou l'autre des Institutions co-assureurs.

Le contrat est composé de deux parties indissociables :

- les présentes Conditions générales définissant les conditions de cotisations et de prestations du contrat, les obligations réciproques des parties,
- le Certificat d'adhésion ou Conditions particulières, définissant notamment la date d'effet du contrat, les catégories de personnel effectivement couvertes, les taux de cotisations appelés.

et le cas échéant des avenants y afférant.

Le contrat prend effet à la date indiquée au Certificat d'adhésion ou Conditions particulières et expire au 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque exercice civil, sous réserve des dispositions de l'article 10.

ARTICLE 3**MODIFICATIONS DU CONTRAT SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE****3.1 Modifications du CONTRAT**

Le contrat a vocation à être conforme aux dispositions conventionnelles dont relève l'employeur. Dans le cas où les partenaires sociaux apportent des modifications à l'Accord de Branche, le présent contrat sera modifié en conséquence.

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet. **L'engagement des Institutions est acquis pour autant que ce cadre perdure.** En cas d'instauration ou de modification par les Pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, les Institutions sont fondées à apporter les aménagements nécessaires, selon le cas, au niveau des cotisations et/ou au niveau des prestations.

Le montant de la cotisation peut être modifié, afin de tenir compte de l'évolution de la consommation médicale ainsi que des résultats techniques et perspectives constatés, pour l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales.

3.2 AVENANT AU CONTRAT

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé à l'Adhérente.

L'Adhérente dispose d'un délai de trente jours, à compter de l'envoi de l'avenant portant modification, pour signifier expressément à l'Institution son éventuel refus ; le refus entraîne la résiliation du contrat au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le délai susvisé expire. Passé ce délai de trente jours, l'Adhérente est réputée avoir accepté les termes de l'avenant.

ARTICLE 4

AFFILIATION - BÉNÉFICIAIRES

4.1 Affiliation ET modification de situation professionnelle

L'Adhérente s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs répondant à la définition précisée à l'article suivant.

Le cas échéant peuvent être affiliés les anciens salariés bénéficiaires du contrat frais de santé précédemment souscrit par l'entreprise, durant la période de maintien de garanties (« portabilité des droits ») restant à courir au titre de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale (c'est-à-dire les anciens salariés dont les droits à portabilité ont été ouverts auprès de l'organisme assureur dont le contrat frais de santé a été résilié, lorsque ce dernier n'assure pas le maintien jusqu'à l'expiration de la période de droits). À cette fin, l'entreprise doit communiquer la liste des anciens salariés concernés.

L'Adhérente est tenue d'informer l'Institution de tout événement affectant les droits à garanties des salariés affiliés (suspension du contrat de travail, cessation du contrat de travail, etc.) dès qu'elle en a connaissance et ce, afin de permettre la mise à jour de leurs droits et ainsi éviter, selon le cas, tout versement indu ou tout refus de prestations de la part de l'Institution.

L'Entreprise peut effectuer ses déclarations sous forme dématérialisée.

4.2 BÉNÉFICIAIRES de la GARANTIE

Sont bénéficiaires du contrat les salariés de l'Adhérente, appartenant à la (l'une des) catégorie(s) de personnel définie(s) au Certificat d'adhésion ou Conditions particulières, remplissant la condition d'ancienneté le cas échéant prévue, assujettis au régime général de la Sécurité sociale française, ou au régime local « Alsace Moselle », ou encore au régime de la Mutualité Sociale Agricole, sauf cas de dispense d'affiliation expressément prévu par l'acte juridique ayant instauré le régime.

Les salariés se prévalant d'une dispense d'affiliation doivent être affiliés au contrat dès qu'ils cessent de justifier de leur situation. Ils peuvent également renoncer ultérieurement et à tout moment à bénéficier de la dispense pour demander par écrit leur affiliation au contrat, cette décision étant alors irrévocable.

Les mandataires sociaux non titulaires d'un contrat de travail mais assimilés aux salariés en application de l'article L. 311-3 du Code de la sécurité sociale peuvent bénéficier du présent contrat, sous réserve que la catégorie de personnel assurée par le contrat souscrit le permette et que les procédures d'avantages en vigueur pour leur statut spécifique aient été respectées.

INFORMATION DES SALARIÉS

Conformément à l'article L. 932-6 du Code de la sécurité sociale, il appartient à l'entreprise adhérente de remettre à chaque assuré la notice d'information établie par les Institutions et de l'informer le cas échéant des modifications apportées à ses droits et obligations en cours de contrat. La preuve de la remise de la notice et de la délivrance de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérente.

ARTICLE 5

PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DURÉE

5.1 ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Pour les salariés tels que définis à l'article 4.2, les garanties prennent effet à la date d'affiliation c'est-à-dire, selon le cas, à :

- la date d'embauche,
- la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier d'une dispense d'affiliation.

5.2 PÉRIODES DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les garanties sont suspendues pendant les périodes de suspension du contrat de travail, sauf pendant les périodes donnant lieu à maintien de rémunération par l'employeur ou indemnisation de la Sécurité sociale, les cotisations continuant dans ces deux cas d'être dues. Toutefois, aucune cotisation n'est due pour les invalides non radiés des effectifs ne percevant aucune rémunération de l'employeur.

Toutefois, la suspension de garanties prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de début de suspension du contrat de travail (la cotisation du mois en cours étant due par l'entreprise), ceci afin d'éviter toute rupture de garantie en cas de demande d'adhésion à titre individuel tel que prévu à l'article 6 de l'Accord de Branche. La reprise des garanties et le paiement de la

cotisation interviennent à compter du 1^{er} jour du mois de la reprise de l'activité professionnelle.

5.3 CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent pour chaque assuré au dernier jour du mois au cours duquel survient l'un des événements suivants :

- sortie de la catégorie de personnel assurée ;
- cessation ou rupture du contrat de travail, sauf application des dispositions de l'article 5.4,
- résiliation du présent contrat d'assurance souscrit par l'entreprise.

5.4 MAINTIEN DES GARANTIES POUR LES ANCIENS SALARIÉS INDEMNISÉS PAR LE RÉGIME D'ASSURANCE CHÔMAGE

Le contrat d'assurance organise le maintien de la garantie frais de santé dont peut bénéficier le salarié, en cas de cessation du contrat de travail, sauf hypothèse de faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, dans le respect des dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale :

- la durée du maintien est égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
- le bénéfice du maintien est subordonné à la condition que les droits à garantie aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- la garantie maintenue est celle en vigueur dans l'entreprise (les éventuelles modifications du contrat, tant à la hausse qu'à la baisse, sont donc applicables aux bénéficiaires du maintien) ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'Institution, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de la garantie, qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier.

Toutefois, par dérogation à la durée précisée ci-dessus et conformément aux dispositions de l'Accord de branche, la durée du maintien accordée par le présent contrat est doublée, dans la limite de douze mois, pour les cessations de contrat de travail prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2016.

L'Adhèrent doit informer l'Institution de la cessation du contrat de travail ouvrant droit à maintien, et notamment attester de la durée du ou des dernier(s) contrat(s) de travail permettant de définir la durée maximale des droits. À cet effet, l'Institution peut mettre en place un formulaire de déclaration nominative.

Il est par ailleurs rappelé que l'Adhèrent est tenu, en sa qualité d'employeur, de signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail.

Le maintien cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- cessation du versement des allocations chômage, quel qu'en soit le motif (reprise d'activité professionnelle, prise d'effet de la retraite Sécurité sociale, radiation des listes de Pôle Emploi, décès),
- expiration de la période de droits à laquelle peut prétendre l'ancien salarié,
- résiliation du présent contrat d'assurance.

La cessation d'activité de l'entreprise, sans repreneur et quel qu'en soit le motif (liquidation amiable, absorption, liquidation judiciaire...) est sans effet sur les droits à maintien de garantie.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de droit à maintien.

Le financement du dispositif de maintien est inclus dans la cotisation des salariés en activité (part patronale et part salariale).

5.5 ADHÉSION À TITRE INDIVIDUEL EN CAS DE CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent souscrire un contrat individuel afin de continuer de bénéficier des garanties frais de santé, les anciens salariés bénéficiaires :

- d'une allocation versée par le régime d'assurance chômage,
- ou d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,
- ou d'une pension de retraite,

sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la cessation ou rupture du contrat de travail.

Au cas particulier des anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage et bénéficiant du dispositif de maintien de garantie, le point de départ du délai susvisé est reporté à l'expiration des droits.

L'institution adresse à l'ancien salarié une proposition de maintien individuel de la garantie, dans les deux mois qui suivent la date de cessation du contrat de travail, pour autant que l'Adhère aient informé au préalable du motif de la cessation du contrat de travail ouvrant droit au dispositif.

L'adhésion individuelle prend effet, sans délai de carence ni formalités médicales, au lendemain de la demande et au plus tôt au 1^{er} jour du mois qui suit la date de cessation du contrat de travail.

Ce dispositif d'adhésion individuelle est géré hors du présent contrat collectif.

ARTICLE 6**COTISATION – DÉCLARATION NOMINATIVE ANNUELLE****6.1 Cotisation**

La cotisation est exprimée sous forme de forfait mensuel (non proratisable), dont le montant est indiqué aux Conditions particulières ou Certificat d'adhésion.

La cotisation mensuelle forfaitaire est due pour chaque salarié bénéficiaire tel que défini à l'article 4.2 quelle que soit sa date d'entrée et sa date de sortie des effectifs salariés de l'entreprise adhérente ; les prestations sont servies pour le mois entier au cours duquel la cotisation est versée.

La cotisation est appelée au terme du premier mois civil entier d'emploi dans l'entreprise, à terme échu. Ainsi, lorsqu'un salarié est embauché en cours de mois, la cotisation est due à compter du mois suivant. Lorsque le contrat de travail d'un salarié auprès d'une entreprise Adhérente cesse au cours d'un mois, la cotisation due au titre de ce salarié est versée pour le mois entier.

La cotisation est due également pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui bénéficient, soit d'une indemnisation de la Sécurité sociale, soit d'un maintien de rémunération par l'employeur (cf. article 5.2). Toutefois, la cotisation n'est pas due pour les invalides non radiés des effectifs ne percevant aucune rémunération de l'employeur.

Pour les salariés ayant plusieurs employeurs relevant de la branche et qui ont souscrit un contrat d'assurance dans le cadre des présentes Conditions générales, la cotisation peut être proratisée entre les différents employeurs, sous réserve de justifier de leur pluriactivité, auprès de l'assureur et de leurs employeurs. En cas de rupture ou de cessation du contrat de travail, l'entreprise doit rappeler au salarié qu'il a l'obligation d'informer le ou les autres employeurs qui devront alors modifier la part de cotisation qu'ils acquittent, de façon à ce que la totalité des quotes-parts perçues à son nom corresponde toujours à la cotisation mensuelle entière.

Pour les salariés à temps partiel n'ayant qu'un seul employeur, la totalité de la cotisation est due, hors cas de dispense d'affiliation bénéficiant aux salariés à temps très partiel qu'ils étaient affiliés devrait acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Les taux de cotisation sont ajustés en fonction notamment de l'évolution des résultats techniques établis pour l'ensemble des contrats souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales.

6.2 Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les 15 premiers jours de chaque trimestre civil suivant.

Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant :

- le nombre de salariés à la fin du trimestre civil concerné,
- les bases de calcul des cotisations pour la période concernée (nombre de mois de présence).

L'entreprise est seule responsable du paiement des cotisations. À ce titre, elle procède à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur appel de l'Institution.

À défaut du paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure est adressée à l'Adhérente par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de non-paiement persistant à l'expiration du délai fixé dans la mise en demeure, l'Institution poursuivra le recouvrement des cotisations par tous les moyens de droit. Les frais afférents seront entièrement à la charge de l'Adhérente.

La garantie accordée par l'Institution peut être suspendue 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, et le contrat résilié 10 jours après la date de prise d'effet de la suspension si le paiement n'est toujours pas intervenu. Les cotisations antérieures à la résiliation restent dues.

6.3 Déclaration nominative annuelle

Un état nominatif est mis à disposition de l'Adhérente par l'Institution à la fin de chaque exercice. Cet état comporte notamment les nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, le cas échéant dates d'entrée ou de sortie au cours de l'exercice visé, et ce pour chaque salarié ou ancien salarié dont l'affiliation a été enregistrée par l'Institution.

Au plus tard le 31 janvier suivant, l'Adhérente doit retourner cet état, dûment complété, d'une part de la déclaration des salariés restant à affilier, d'autre part des bases de calcul et éléments à prendre en compte pour que l'Institution procède au calcul des cotisations annuelles (notamment dates d'entrée ou de sortie des effectifs, périodes de suspension de contrat de travail, périodes de portabilité, prorata pour les employeurs multiples etc.).

Les déclarations peuvent être faites sous forme dématérialisée.

ARTICLE 7 PRESTATIONS

LE NIVEAU DES PRESTATIONS EST PRÉCISÉ AU TITRE II.

7.1 CONTRAT RESPONSABLE ET COUVERTURE MINIMALE

Les prestations complémentaires sont servies dans le respect des dispositions légales et réglementaires du **contrat responsable** prévues aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale et de la **couverture minimale** prévues aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du Code de la sécurité sociale. Les principes en sont exposés ci-après.

• CONTRAT RESPONSABLE

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

- intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie ;
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R. 322-8 I du Code de la sécurité sociale ;
- intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100 % de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge d'équipements d'optique médicale (verres et monture), elle doit respecter les périodes définies pour leur renouvellement ainsi que des minima et des maxima énoncés à l'article R. 871-2 3° du Code de la sécurité sociale, incluant le ticket modérateur.

• COUVERTURE MINIMALE

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

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné

à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée ;

- à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie, les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale ;
- un forfait minimum pour des équipements d'optique médicale (verres et monture) soumis au remboursement de l'assurance maladie, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Les forfaits énoncés au D. 911-1 4° du Code de la sécurité sociale sont fonction de la correction de la vue et versés selon les périodes définies pour le renouvellement des dispositifs.

• DISPOSITIONS COMMUNES

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

7.2 FRAIS DE SANTÉ PRIS EN CHARGE

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

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

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

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

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

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

- pour les ostéopathes, d'être titulaire du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession ;
- pour les chiropracteurs, d'être titulaire d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropracticiens ou par un institut agréé par l'Union européenne de Chiropracticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC) ;
- pour les étiopathes, être reconnus professionnellement et habilités à réaliser de tels actes.

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

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

Dans le respect des critères du contrat responsable exposés ci-dessus, le contrat participe à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. Concernant la périodicité de deux ans ou un an selon le cas, il est précisé que :

- celle-ci est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat,
- en cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, la période pendant laquelle un équipement (verres + monture) peut être remboursé est identique (la période débute à la date d'acquisition du 1^{er} élément de l'équipement),
- l'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle

prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165-1 du Code de la sécurité sociale (cas de l'adaptation par l'opticien d'une prescription médicale de moins de 3 ans sauf opposition du médecin, dans les conditions visées à l'article L. 4362-10 du Code de la santé publique).

7.3 Principe indemnitaire

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

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

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

7.4 Modalités de remboursement

Les modalités de remboursement sont détaillées dans la notice d'information établie sous la responsabilité des Institutions et remise par l'employeur, comme indiqué à l'article 4.3.

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

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

Lorsque les frais engagés n'ont pas fait l'objet d'une télétransmission par la Sécurité sociale, l'assuré doit adresser tous les justificatifs correspondants, c'est-à-dire :

- le décompte original de la Sécurité sociale (le cas échéant décompte original d'une autre mutuelle ayant déjà procédé à un remboursement partiel),
- la facture détaillée accompagnée du devis préalable (optique, appareil auditif, prothèses, orthopédie, verres de contacts...);
- facture détaillée de l'établissement hospitalier et note d'honoraires portant l'acquit du praticien, facture de l'établissement de cure thermale;
- facture ou ticket de caisse en cas de règlement du seul ticket modérateur.

Pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, l'assuré doit adresser la facture délivrée par le professionnel de santé.

7.5 EN CAS DE CESSATION DES GARANTIES

Lorsque les droits à garanties cessent de façon temporaire ou définitive (cf. articles 5.2 et 5.3), l'entreprise doit, outre en informer l'Institution (cf. article 4.1), rappeler à l'assuré qu'il a l'obligation de restituer la carte de tiers payant et d'aviser les professionnels de santé auxquels il fait habituellement appel afin que ceux-ci mettent à jour leurs fichiers informatiques servant au processus de télétransmission.

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

7.6 SUBROGATION

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

7.7 EXPERTISE MÉDICALE

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

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

En cas de désaccord, il sera formé une commission d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins,

un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, désigné par le président du tribunal de grande instance de la résidence de l'assuré sur requête de la partie la plus diligente. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin sont supportés à parts égales entre les deux parties.

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

ARTICLE 8 PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré adresse à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 9

TERRITORIALITÉ

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français y compris les départements d'outre mer.

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

Dans tous les cas, sont prises en charge, à hauteur des minima résultant du « contrat responsable », les dépenses préalablement admises au remboursement du régime français de sécurité sociale dont relève l'assuré. S'agissant de la différenciation des honoraires au regard de la notion de « contrat d'accès aux soins », les actes effectués à l'étranger seront remboursés à hauteur des niveaux de remboursement « hors contrat d'accès aux soins ».

ARTICLE 10

RÉSILIATION DU CONTRAT

L'Adhérente peut résilier le contrat :

- en cas de refus de nouvelles conditions contractuelles, dans les conditions visées à l'article 3.2 ;
- à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve d'en informer l'Institution par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

D'autre part, l'entreprise souscriptrice du contrat, le cas échéant l'entreprise l'ayant absorbée, doit par écrit informer sans délai l'organisme assureur de tout changement d'activité ayant pour conséquence de le placer en dehors du champ d'application de l'Accord frais de santé (notamment à l'occasion d'opérations de fusion-absorption, de restructuration, de regroupements d'activités...). En pareil cas, le contrat sera résilié au plus tard à l'expiration de la période de survie de douze mois prévu à l'article L. 2261-14 du code du Travail.

L'Institution peut résilier le contrat :

- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions visées à l'article 10.3,
- à l'échéance annuelle du 31 décembre, sous réserve

d'en informer l'Adhérente par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

La résiliation du contrat entraîne à la même date la cessation de la garantie pour l'ensemble des bénéficiaires, salariés et anciens salariés.

Ceux-ci peuvent souscrire un contrat individuel, sans période probatoire ni formalités médicales, parmi l'offre frais de santé individuelle de l'Institution, sous réserve d'en faire la demande avant la date d'effet de la résiliation.

Quelles que soient l'origine et la cause de la résiliation du contrat, l'Adhérente s'engage à en informer l'ensemble des bénéficiaires, salariés et anciens salariés.

ARTICLE 11

CONTRÔLE DES INSTITUTIONS

Malakoff Médéric Prévoyance, KLESIA Prévoyance et AUDIENS Prévoyance sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue Taitbout 75009 Paris.

ARTICLE 12

RÉCLAMATION – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

12.1 Réclamation relative à l'application du contrat

En cas de difficultés dans l'application du contrat, l'entreprise ou les salariés assurés doivent s'adresser en priorité à l'Institution ayant recueilli l'adhésion de l'entreprise.

Si un différend persistait après réponse de l'Institution, et sans préjudice du droit d'agir en justice, l'entreprise ou les salariés assurés peuvent s'adresser au Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), à l'adresse suivante : 10 rue Cambacères - 75008 Paris (ou par e-mail : mediateur@ctip.asso.fr).

12.2 Informatique et libertés

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

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

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

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

TITRE 2

GARANTIES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 13

TABLEAU DES GARANTIES

Les prestations sont exprimées en complément des prestations de la Sécurité sociale, dans la limite du reste à charge (hors pénalités, franchises et contributions).

Pour les assurés relevant du régime de base Alsace Moselle, le niveau de prestations indiqué au tableau ci-dessous est ajusté afin de garantir un niveau de couverture global (régime de base + régime conventionnel) strictement identique pour tout salarié en France, quel que soit son régime social d'appartenance.

Définitions :

BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale

CAS « contrat d'accès aux soins » : dispositif mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, avec l'objectif principal d'améliorer l'accès aux soins ; il incite les médecins (secteur 2) à modérer leur pratique tarifaire et en contrepartie améliore la prise en charge de leurs patients qui seront remboursés sur la base des tarifs du secteur 1.

TABLEAU EN PAGE SUIVANTE

TABLEAU DES GARANTIES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES REMBOURSEMENTS	
HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Frais et honoraires chirurgicaux <ul style="list-style-type: none"> - Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) - Praticiens non-signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS) ■ Frais de séjour ■ Forfait journalier hospitalier ■ Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville) ■ Chambre particulière ■ Frais de lit d'accompagnant 	Ticket modérateur + 230 % BRSS Ticket modérateur + 100 % BRSS 110 % BRSS 100 % des frais réels sans limitation de durée 100 % de la participation forfaitaire 50 € par jour 15 € par jour	
MÉDECINE COURANTE		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Consultations, visites de généralistes et spécialistes <ul style="list-style-type: none"> - Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) - Praticiens non-signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS) ■ Actes de chirurgie, actes techniques médicaux <ul style="list-style-type: none"> - Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) - Praticiens non-signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS) ■ Analyses médicales ■ Imagerie médicale, radiologie, échographie <ul style="list-style-type: none"> - Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) - Praticiens non-signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS) ■ Auxiliaires médicaux ■ Prothèses remboursées par la Sécurité sociale autres que dentaires & auditives ■ Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale ■ Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale ■ Ostéopathie, chiropractie, étiopathie non remboursée par la Sécurité sociale 	Ticket modérateur + 20 % BRSS Ticket modérateur Ticket modérateur + 20 % BRSS Ticket modérateur Ticket modérateur Ticket modérateur Ticket modérateur Ticket modérateur Ticket modérateur 65 % BRSS 400 € par oreille (maxi 2 par an) + 65 % BRSS 100 % BRSS 100 € par an et par bénéficiaire	
PHARMACIE remboursée par la Sécurité sociale		
Ticket modérateur		
DENTAIRE		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Soins dentaires ■ Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale ■ Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant) ■ Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ■ Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale ■ Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans) 	Ticket modérateur 200 % BRSS 240 % BRSS 240 % BRSS ⁽¹⁾ 166 % BRSS 100 % BRSS ⁽²⁾	
OPTIQUE		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Forfait par verre ⁽³⁾ <ul style="list-style-type: none"> - de 0 à 4 : - de 4,25 à 6 : - de 6,25 à 8 : - à partir de 8,25 : ■ Monture ⁽³⁾ ■ Lentilles correctrices remboursées (y compris jetables) ■ Lentilles correctrices non remboursées (y compris jetables) 	Unifocaux (selon la dioptrie) 160 € 185 € 222 € 277 €	Multifocaux (selon la dioptrie) 250 € 288 € 300 € 311 €
	100 € 126 € par an et par bénéficiaire (minimum Ticket modérateur) 126 € par an et par bénéficiaire	
CURES THERMALES remboursées par la Sécurité sociale		
Ticket modérateur		
MATERNITÉ		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Allocation de naissance ou adoption ■ Chambre particulière (8 jours maximum) 	8 % PMSS (par enfant) 1,5 % PMSS par jour	
AUTRES REMBOURSEMENTS		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Transport remboursé par la Sécurité sociale ■ Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité sociale 	Ticket modérateur 3 % PMSS par an et par bénéficiaire	
ACTES DE PREVENTION		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Sevrage tabagique (patches inscrits sur la liste de la Sécurité sociale) 	80 € par an et par bénéficiaire	

Les actes en secteur non conventionné sont remboursés sur la base du TARIF D'AUTORITÉ.

(1) Reconstituer sur une BRSS à 107,50 €.

(2) Reconstituer sur une base d'un TO90 (traitement d'orthodontie).

(3) Un équipement optique « verres et monture » pris en charge par période de deux ans (la période de 2 ans s'apprécie à compter de la date d'achat de l'équipement). Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le forfait s'applique par période de 1 an.

SANTÉ
HCR



HCR 10/1/16 - AECI/511-4160 - AUD-CNV-CG-2015

■ MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE (INSTITUTION DE PRÉVOYANCE DE MALAKOFF MÉDÉRIC) : 21 RUE LAFFITTE, 75009 PARIS
■ KLESIA PRÉVOYANCE (INSTITUTION DE PRÉVOYANCE DU GROUPE KLESIA) : 4 RUE GEORGES PICQUART, 75017 PARIS ■ AUDIENS PRÉVOYANCE (INSTITUTION DE PRÉVOYANCE DU GROUPE AUDIENS) : 74 RUE JEAN BLEUZEN, 92170 VANVES ■

KLESIA
PROTECTION ET INNOVATION SOCIALES


malakoff médéric

 **AUDIENS**
PRÉVOYANCE