



CONDITIONS GENERALES

**COMPLEMENTAIRE
SANTÉ**

**DES ENTREPRISES DU
COMMERCE DE DETAIL
NON ALIMENTAIRE**

SOUSCRIPTION AU REGIME BASE ET OPTION

CG_CDNA_O
2018

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

Assuré

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

Entreprise souscriptrice

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

Option facultative

Ce terme désigne l'option souscrite par l'entreprise auprès de Macif-Mutualité dans le cadre du contrat obligatoire et ayant pour objet de proposer au participant des garanties complémentaires tant pour lui-même que pour ses ayants droit. Ces garanties s'ajoutent à celle du contrat obligatoire souscrit par l'entreprise.

Participant

Salarié défini aux conditions particulières obligatoirement affilié au contrat collectif obligatoire. Le salarié peut choisir de souscrire à l'option facultative.

Régime souscrit à titre obligatoire

Ce terme désigne le contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise auprès de Macif-Mutualité et ayant pour objet d'accorder aux participants des prestations complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation. Toutefois, l'entreprise peut choisir de mettre en place à titre obligatoire au profit des salariés soit la formule de base ou l'option facultative.

CHAPITRE I - DISPOSITIONS REGIME DE BASE	4
ARTICLE 1 - Objet du contrat	4
ARTICLE 2 - Date d'effet et durée du contrat	4
ARTICLE 3 - Personnel Garanti	4
ARTICLE 4 - Ayants droit	4
ARTICLE 5 - Déclarations	5
ARTICLE 6 - Etendue des garanties	5
ARTICLE 7 - Montant de la cotisation	5
ARTICLE 8 - Paiement de la cotisation	5
ARTICLE 9 - Non paiement de la cotisation	6
CHAPITRE II - DISPOSITIONS REGIME OPTIONNEL	7
ARTICLE 10 - Objet du régime optionnel	7
ARTICLE 11 - Date d'effet de la garantie	7
ARTICLE 12 - Cessation des garanties	7
ARTICLE 13 - Montant de la cotisation	7
ARTICLE 14 - Paiement de la cotisation	7
ARTICLE 15 - Non paiement de la cotisation	7
CHAPITRE III - DISPOSITIONS COMMUNES	8
ARTICLE 16 - Subrogation	8
ARTICLE 17 - Prescription	8
ARTICLE 18 - Informatique et libertés	8
ARTICLE 19 - Autorité de contrôle	8
ARTICLE 20 - Réclamations	8
ARTICLE 21 - Médiation	8
ARTICLE 22 - Information du participant	8
ARTICLE 23 - Rapport annuel	8
ARTICLE 24 - Objet de la garantie	9
ARTICLE 25 - Exclusions de garanties	10
ARTICLE 26 - Pièces justificatives	10
ARTICLE 27 - Tiers payant	10
ARTICLE 28 - Indexation et révision de la cotisation	11
ARTICLE 29 - Maintien d'assurance en cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à rémunération	11
ARTICLE 30 - Maintien d'assurance dans le cadre du dispositif dit de « portabilité »	11
ARTICLE 31 - Maintien de la couverture dans le cadre de la Loi Evin	12
ARTICLE 32 - assurance individuelle	12
CHAPITRE IV - LEXIQUE	13

PREAMBULE

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

Les conditions générales présentées dans le présent document comportent 3 parties :

- 1^{ère} partie : les dispositions propres au régime de base obligatoire
- 2^{ème} partie : les dispositions propres au régime optionnel
- 3^{ème} partie : les dispositions communes

Le contrat est soumis au code de la mutualité et à la loi française. La langue utilisée est le français.

CHAPITRE I - DISPOSITIONS REGIME DE BASE

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet :

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

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

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

ARTICLE 2 - DATE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

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

Le contrat se renouvelle chaque année à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf dénonciation exprimée au moins deux mois avant cette date, par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé réception.

ARTICLE 3 - PERSONNEL GARANTI

Condition d'affiliation à l'assurance

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

Chaque participant doit compléter et signer un bulletin d'affiliation afin de pouvoir bénéficier des garanties du présent contrat. Les ayants droit couverts sont définis ci-après.

Date d'affiliation

L'affiliation du participant prend effet dès la date d'appartenance au groupe assuré mentionnée aux conditions particulières, et au plus tôt, à la date d'effet du contrat, sauf mise en jeu d'une dispense d'affiliation.

A la fin de la mise en jeu d'une dispense d'affiliation ou lorsque le salarié qui a renoncé au régime décide de le rejoindre, l'affiliation prend effet à la date mentionnée au bulletin d'affiliation.

Cessation de l'assurance du participant

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

ARTICLE 4 - AYANTS DROIT

Affiliation des ayants droit

L'affiliation des ayants droit du participant, tels que définis ci-après, est facultative.

Chaque participant peut décider de les couvrir, dans les conditions prévues ci-dessous, en complétant le bulletin d'affiliation.

Définition des ayants droit

- les enfants considérés par la Sécurité sociale comme étant à sa charge,
- le conjoint ou (à défaut, la personne qui vit maritalement avec l'assuré ou qui lui est liée par un pacte civil de solidarité) et les enfants considérés par la Sécurité sociale comme étant à la charge de celui-ci,
- les enfants assurés sociaux âgés de moins de 26 ans et étudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur (y compris dans le cadre d'une formation en alternance : contrat d'apprentissage, contrat de qualification...), sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de trois mois dans l'année ou, que la rémunération versée par l'employeur ou l'école ne dépasse pas 60 % du SMIC,
- les enfants assurés sociaux âgés de moins de 26 ans, à la recherche d'un premier emploi et inscrits en tant que tel auprès de Pôle Emploi,
- les enfants assurés sociaux sans limite d'âge lorsqu'ils perçoivent l'une des allocations pour personnes handicapées.
- les ascendants fiscalement à charge, titulaires d'une carte d'invalidité et qui vivent à son domicile.

Date d'admission à l'assurance des ayants droit

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

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

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

Cessation de l'assurance des ayants droit

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

Lorsque l'affiliation des ayants droit est facultative, le participant peut demander leur radiation de l'assurance. Celle-ci est alors définitive, la garantie prenant fin le dernier jour du mois qui suit la réception de la demande.

En tout état de cause, les ayants droit cessent de bénéficier des garanties le jour où le participant n'en bénéficie plus.

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

ARTICLE 5 - DECLARATIONS

Entrée dans l'assurance

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

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

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

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

Modification de la situation d'un participant

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

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

Sortie de l'assurance

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

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

ARTICLE 6 - ETENDUE DES GARANTIES

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

La formule souscrite par l'entreprise respecte les obligations prévues à l'article L. 911-7 du code de la Sécurité sociale relatif au panier de soins minimum ainsi que les dispositions relatives aux contrats responsables.

Cette formule peut être complétée au choix du participant par une option à adhésion facultative présentée dans les conditions particulières.

Assistance

Le participant et ses éventuels ayants droit bénéficient de garanties d'assistance, définies dans le livret d'assistance qui constitue une annexe au présent contrat. Les garanties d'assistance sont assurées par IMA Assurances, société anonyme au capital de 7 000 000€ entièrement libérée, entreprises régie par le code des assurances, Siren 481 511 632 RCS Niort, siège

ARTICLE 7 - MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation mensuelle est fixée aux conditions particulières.

La cotisation mensuelle des ayants droit affiliés à titre facultatif est mentionnée au bulletin d'affiliation. Elle est à la charge exclusive du participant

La cotisation est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

ARTICLE 8 - PAIEMENT DE LA COTISATION

Paiement de la cotisation par l'entreprise

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

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

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou à un maintien partiel ou total de salaire, la cotisation continue d'être due dans les mêmes conditions que pour le personnel en activité.

Paiement de la cotisation par le participant

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

ARTICLE 9 - NON PAIEMENT DE LA COTISATION

Non paiement de la cotisation par l'entreprise

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

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

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

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

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

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

Non paiement de la cotisation par le participant

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

L'option facultative figure aux conditions particulières de l'entreprise.

ARTICLE 10 - OBJET DU REGIME OPTIONNEL

Le participant peut tant pour lui-même que pour ses éventuels ayants droit, souscrire une garantie complémentaire au régime de base mis en place par son entreprise. Le participant souscrit l'option lors de son admission à l'assurance.

Cette garantie intervient sous déduction des garanties déjà accordées dans le cadre du régime de base et sous déduction des remboursements du régime de Sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

ARTICLE 11 - DATE D'EFFET DE LA GARANTIE

L'option facultative du participant et de ses ayants droit prend effet :

- lorsque la demande est concomitante à l'affiliation au régime de base à la date mentionnée sur le bulletin d'affiliation ;
- à la date de l'événement familial, si la demande fait suite à un mariage, à la conclusion d'un PACS, à un concubinage, à la naissance ou à l'adoption d'un enfant et qu'elle intervient postérieurement à l'affiliation du salarié. La demande doit être reçue dans les 30 jours qui suivent cet événement pour bénéficier d'une prise d'effet à la date de l'événement.
- Dans les autres cas au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la signature de la demande de souscription.

ARTICLE 12 - CESSATION DES GARANTIES

Le participant peut mettre fin à son option facultative par lettre recommandée moyennant le respect d'un préavis de deux mois avant le 31 décembre. La dénonciation prend effet le 31 décembre de l'année de réception de la demande. Le participant et ses éventuels ayants droit demeurent affiliés au régime de base.

L'adhésion est également résiliée :

- en cas de résiliation par l'entreprise souscriptrice du présent contrat collectif
- à la fin du mois au cours duquel le participant n'appartient plus à la catégorie de personnel visée par les conditions particulières du contrat collectif.
- en cas de non paiement des cotisations dans les conditions définies dans le présent document

ARTICLE 13 - MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation due au titre de l'option facultative est à la charge exclusive du participant. Elle est fixée dans le bulletin d'affiliation.

La cotisation est mensuelle.

ARTICLE 14 - PAIEMENT DE LA COTISATION

Le participant définit les modalités de règlement lors de l'adhésion. La cotisation est payable d'avance. Le règlement peut se faire par chèque (annuel uniquement) ou par prélèvement (mensuel, trimestriel ou annuel)

ARTICLE 15 - NON PAIEMENT DE LA COTISATION

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

ARTICLE 16 - SUBROGATION

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

ARTICLE 17 - PRESCRIPTION

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

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

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

La prescription peut être interrompue par :

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

ARTICLE 18 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les données recueillies feront l'objet d'un traitement automatisé par Macif-Mutualité, responsable de traitement, pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et à des fins de prospection et gestion commerciales. Elles pourront être transmises aux sociétés du groupe Macif et à ses partenaires aux mêmes fins y compris en dehors de l'Union Européenne.

Elles font également l'objet de traitements de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, et contre la fraude à l'assurance par Macif-Mutualité ainsi que les entités du Groupe Macif, et pourront être transmises aux entités et personnes désignées par la réglementation. La lutte contre la fraude à l'assurance peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les personnes concernées disposent d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification auprès de la Direction Générale de Macif-Mutualité, CS69109, 79061 Niort cedex 9.

ARTICLE 19 - AUTORITE DE CONTROLE

Macif-Mutualité est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 9.

ARTICLE 20 - RECLAMATIONS

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

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

Si la solution proposée ne correspond pas aux attentes du réclamant, Macif-Mutualité l'oriente vers sa commission de recours interne. La réclamation doit être rédigée à l'attention de la Commission de recours aux mêmes coordonnées.

ARTICLE 21 - MEDIATION

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

- à l'adresse suivante :

**La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris cedex 09**

- via son site internet :

www.mediation-assurances.org

Le médiateur ne se déclarera compétent que si toutes les voies de recours internes ont été épuisées.

ARTICLE 22 - INFORMATION DU PARTICIPANT

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

L'entreprise souscriptrice s'engage également à remettre à chaque participant une copie des statuts de Macif-Mutualité.

La preuve de la remise au participant de la notice d'information, des statuts et de l'information relative aux éventuelles modifications incombe à l'entreprise souscriptrice.

ARTICLE 23 - RAPPORT ANNUEL

Les résultats techniques du présent contrat seront mutualisés avec ceux des autres contrats souscrits dans le cadre du même produit.

Macif-Mutualité établira un rapport annuel global sur les comptes de l'exercice passé.

Définitions des garanties

ARTICLE 24 - OBJET DE LA GARANTIE

Les garanties sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de la conclusion du contrat. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes ainsi qu'en fonction si besoin des évolutions des obligations conventionnelles.

La couverture a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation. Les garanties sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie, en vigueur au moment de la conclusion du contrat. Elles sont revues, le cas échéant, en cas de changement de ces textes.

Les prestations sont limitées aux frais réels dûment justifiés, restant à charge du bénéficiaire après intervention du régime de base et / ou d'éventuels organismes complémentaires

Les garanties respectent en toutes circonstances les obligations prévues à l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale relatif au panier de soins minimum ainsi que les exigences du contrat « responsable » en termes d'interdictions et d'obligations minimales de prise en charge, conformément aux articles L.871-1 et R.871-1 et 2 du Code de la Sécurité sociale. L'exigence relative aux contrats responsables étant renforcée du fait de la politique de prévention, conçue dans la perspective de l'objectif de solidarité

Le tableau de garanties figure en annexe aux conditions particulières.

Nature des soins

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

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

Lieu des soins

Le contrat intervient pour les soins effectués en France (Départements et Régions d'Outre-mer inclus).

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

Bases de remboursement

Les bases de remboursements sont fixées dans la formule de prestations retenue par l'entreprise souscriptrice et présentée aux conditions particulières ainsi que dans l'option facultative éventuellement retenue par le participant et présentée au bulletin d'affiliation.

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

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

Hospitalisation

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

Dentaire

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

Optique

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

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

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

Verres simples et complexes : les verres dont la sphère est supérieure de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

Verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

Acte de prévention

Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale.

Appareillage

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

Médecine douce

Le forfait prévu est un forfait unique annuel pour l'ensemble des spécialités mentionnées.

Forfait vie intime

Ce forfait couvre tous les modes de contraception non remboursés par le Régime obligatoire, les tests de grossesse et d'ovulation, les traitements des troubles liés à la sexualité non remboursés par le Régime obligatoire (ex : andropause, ménopause). Ce forfait est accordé quelle que soit la formule "Soins" choisie, **dans la limite de 50 € par année civile et par assuré.**

Forfait prévention des risques cardio-vasculaires

Ce forfait prend en charge les dépenses liées au sevrage tabagique, à l'achat d'un tensiomètre ou à la participation à des ateliers d'activité physique adaptés*, **dans la limite de 40 € par année civile et par assuré.** Ces forfaits sont accordés quelle que soit la formule "Soins" choisie.

- **Programmes d'activité physique et sportive**, adaptés aux capacités et aux besoins biologiques de la personne (que cette dernière soit en situation de handicap, vieillissante ou atteinte de maladie chronique) à des fins d'amélioration de la santé du bien-être et de l'autonomie. Ces programmes sont

encadrés dans différentes structures telles que les hôpitaux, les cliniques spécialisées ou les maisons de retraite. Ils peuvent aussi être proposés par des professionnels formés et dédiés à l'enseignement d'activités physiques et sportives pour les publics spécifiques.

ARTICLE 25 - EXCLUSIONS DE GARANTIES

En application des articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du code de la Sécurité sociale définissant le « contrat responsable », le contrat ne prend pas en charge :

- les participations forfaitaires mentionnées au II de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale,
- la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale,
- la majoration de la participation appliquée par le Régime obligatoire à l'assuré (ticket modérateur) lorsqu'il ne respecte pas le parcours de soins coordonnés. Cette majoration peut être appliquée par le Régime obligatoire dans les cas suivants :
 - il n'a pas choisi son médecin traitant (article L. 162-5-3 alinéa 5 du code de la Sécurité sociale),
 - il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant, (article L. 162-5-3 alinéa 5 du code de la Sécurité sociale),
 - il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou à sa mise à jour (article L. 1111-15 du code de la santé publique).
- tous les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins.

Sont également exclus :

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

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

En cas d'assurances cumulatives :

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

Pour les soins à l'étranger

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

Macif-Mutualité se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

ARTICLE 27 - TIERS PAYANT

Il est remis à chaque participant une carte mutualiste portant mention de ses éventuels ayants droit et des actes ou prestations pouvant se voir appliquer le tiers payant. En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, le participant et ses ayants droit bénéficient du tiers payant sur les prestations prévues au titre du cahier des charges des contrats responsables, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Cette carte reste la propriété de Macif-Mutualité.

Le participant et ses ayants droit affiliés ont également accès au réseau de soins Santéclair, SA au capital de 3 834 029 euros. RCS Nanterre 428 704 977. Société anonyme au capital de 3 834 029 € - Immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977. Siège social : 7 mail Pablo Picasso - 44046 Nantes Cedex 1.

Le participant ou l'entreprise souscriptrice devra retourner à Macif-Mutualité, pour chaque salarié dont l'affiliation prend fin, la carte de tiers payant dans le délai de quinze jours suivant le départ du participant ou suivant la démission du régime de la part du participant ou de la résiliation du contrat. Les prestations indûment versées seront récupérées par tous moyens auprès des salariés concernés.

Règlement des prestations

ARTICLE 26 - PIÈCES JUSTIFICATIVES

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

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

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

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

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

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

En cas d'hospitalisation :

ARTICLE 28 - INDEXATION ET REVISION DE LA COTISATION

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

La cotisation est indexée chaque année, au 1^{er} janvier, en fonction de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale.

Elle pourra évoluer, le cas échéant, en fonction des résultats constatés, et des perspectives d'évolutions de la sinistralité du produit.

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

Maintien de l'assurance

ARTICLE 29 - MAINTIEN D'ASSURANCE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NE DONNANT PAS LIEU A REMUNERATION

La couverture frais de santé est maintenue pour le participant dont le contrat de travail est suspendu sans maintien partiel ou total de salaire sous réserve qu'il manifeste expressément cette volonté auprès de Macif-Mutualité par courrier dans le mois qui précède la suspension de son contrat de travail.

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

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

ARTICLE 30 - MAINTIEN D'ASSURANCE DANS LE CADRE DU DISPOSITIF DIT DE « PORTABILITE »

L'article L911-8 du code de la sécurité sociale prévoit le maintien des garanties collectives mises en place par décision unilatérale de l'employeur, référendum ou accord collectif, au profit des anciens salariés tels que définis audit article, qui à la date de la cessation de leur contrat de travail bénéficiaient de ces mêmes garanties dans l'entreprise, sous réserve qu'ils remplissent les conditions mentionnées ci-dessous.

Ce maintien s'effectue à titre gratuit.

Participants

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

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

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

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

Ayants droit

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

Durée du maintien

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

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

Cessation du maintien

Le maintien cesse :

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

Garanties Maintenues

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

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des participants bénéficiaires du dispositif de portabilité, et de leurs éventuels ayants droit, seront modifiées dans les mêmes conditions.

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

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

ARTICLE 31 - MAINTIEN DE LA COUVERTURE DANS LE CADRE DE LA LOI EVIN

Macif-Mutualité propose le maintien des garanties de complémentaire santé aux ayants droit du salarié décédé et, sous certaines conditions, aux salariés dont le contrat de travail est rompu.

Maintien de la garantie aux ayants droit à charge d'un salarié décédé

L'assurance est maintenue, à titre gratuit, pendant une durée d'un an (de date à date), aux ayants droit à charge d'un salarié décédé qui, bénéficiaient du régime de remboursement frais de santé au jour du décès du salarié.

Au-delà de cette durée d'un an, une assurance individuelle peut-être souscrite, cette assurance étant accordée sans questionnaire médical ni délai d'attente.

Maintien de la garantie en cas de rupture du contrat de travail

1- Les bénéficiaires concernés

La garantie frais de santé du présent contrat est maintenue au participant, dont le contrat de travail est rompu et qui :

- Soit perçoit de la Sécurité sociale une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- Soit privé d'emploi et perçoit à ce titre un revenu de remplacement (allocation chômage) ;
- Soit perçoit de la Sécurité sociale une pension de retraite.

2- Ayants droit

Lorsque les ayants droit des anciens salariés étaient garantis au titre du présent contrat, ils peuvent conserver la qualité de bénéficiaires des garanties en contrepartie du paiement de la cotisation.

3- Modalités

Ces anciens salariés peuvent demander dans les 6 mois (de date à date) qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou dans les 6 mois qui suivent la fin du maintien au titre de la portabilité, le

maintien de la garantie du présent contrat en contrepartie du paiement d'une cotisation spécifique. Macif-Mutualité adressera une proposition dans les 2 mois suivants la cessation du contrat.

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

4- Cotisation

La cotisation respecte les plafonds prévus par le décret du 21 mars 2017, décret d'application de l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989. **A compter de la quatrième année**, la cotisation évoluera en fonction des résultats techniques constatés et des perspectives d'évolution de la sinistralité du produit.

La cotisation mensuelle, à la charge exclusive de l'ancien salarié, est mentionnée au bulletin d'adhésion.

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

5- Prestations

Les prestations sont celles prévues au présent contrat.

6- Cessation du maintien de l'assurance

Le maintien de la garantie cesse au plus tard :

- dès la date à laquelle l'intéressé cesse de percevoir, selon le cas, la rente d'incapacité permanente ou d'invalidité ou les allocations de chômage.
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions mentionnées ci-dessus ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance opérée par lettre recommandée adressée au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année,
 - - en cas de décès de l'ancien salarié.

ARTICLE 32 - ASSURANCE INDIVIDUELLE

Une assurance individuelle peut-être souscrite auprès de Macif-Mutualité dans les cas de figure ci-après, cette assurance étant accordée sans questionnaire médical ni application de stage.

Décès d'un membre participant

En cas de décès d'un membre Participant, tout ayant droit peut souscrire une assurance individuelle, dans les six mois (de date à date) qui suivent la date du décès (ou, pour les ayants droit ayant bénéficié du maintien de l'assurance telle que visée à l'article 27, dans les deux mois (de date à date) qui suivent le fin dudit maintien).

Le dépassement de ce délai entraîne forclusion définitive.

Résiliation du présent contrat

En cas de résiliation du présent contrat collectif et de non remplacement par un autre contrat d'assurance collectif, tout membre Participant à la date de résiliation du présent contrat peut souscrire une assurance individuelle, dans les deux mois (de date à date) qui suivent ladite résiliation.

Le dépassement de ce délai entraîne forclusion définitive.

Auxiliaires médicaux

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

Base de Remboursement de la Sécurité sociale

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

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

- **Tarif d'autorité**

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

- **Tarif de convention**

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

- **Tarif de responsabilité**

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

- **Tarif forfaitaire de responsabilité**

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

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée :

Dispositifs mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires. Le cahier des charges du contrat responsable impose une meilleure prise en charge des actes et consultations facturés par les médecins adhérents à ces dispositifs.

Forfait journalier hospitalier

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

Franchise annuelle

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

Médecin traitant

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

Parcours de soins

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

Participation forfaitaire

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

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

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

Prestations

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

Sécurité sociale

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

Ticket modérateur

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

Tiers payant

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