

Complémentaire santé CCN des cabinets ou entreprises d'expertises en automobile

NOTICE D'INFORMATION

en vigueur au 01/09/2023

Contrat collectif à adhésion obligatoire



➤ SOMMAIRE

PRÉAMBULE	03
DÉFINITIONS	03
I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	04
1 - Objet du contrat	04
2 - Personnel garanti	04
3 - Ayants droit	04
4 - Déclarations	05
5 - Montant de la cotisation	05
6 - Paiement de la cotisation	06
7 - Non paiement de la cotisation	06
8 - Subrogation	07
9 - Prescription	07
10 - Révision du contrat	07
11 - Protection des données personnelles	07
12 - Autorité de contrôle	07
13 - Réclamations	07
14 - Médiation	08
15 - Déchéance des garanties en cas de fraude	08
16 - Information du participant	08
II - DÉFINITION DES GARANTIES	09
17 - Objet de la garantie	09
18 - Description de la garantie	09
19 - Exclusions de garanties	12
III - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	14
20 - Pièces justificatives	14
21 - Tiers payant	14
22 - Prise en charge hospitalière	14
IV - MAINTIEN DES GARANTIES	15
23 - Maintien d'assurance en cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à rémunération	15
24 - Maintien d'assurance dans le cadre du dispositif dit de "portabilité"	15
25 - Maintien de la couverture dans le cadre de la Loi Evin	16
26 - Assurance individuelle	16
V - LEXIQUE	18

➤ PRÉAMBULE

Votre structure relève de la **Convention Collective Nationale des cabinets ou entreprises d'expertises en automobile** du 20 novembre 1996, étendue par arrêté du 8 avril 1998.

Les partenaires sociaux de cette Convention Collective Nationale ont, dans le cadre de l'accord signé le 6 novembre 2015 et de ses avenants ultérieurs, instauré un régime de branche "Frais de santé" applicable à l'ensemble des salariés des cabinets ou entreprises entrant dans le champ d'application de cette Convention. Apivia Macif Mutuelle, mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité - immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°779 558 501, dont le siège Social se situe au 17-21 place Étienne Pernet - 75015 Paris cedex 15, fait partie des organismes recommandés par la branche des Experts en automobiles.

Apivia Macif Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

La notice d'information est établie par l'organisme assureur conformément aux dispositions légales applicables en la matière.

Elle vous est remise par votre employeur. Ce dernier vous informera des éventuelles modifications apportées à vos droits et obligations par la remise d'une nouvelle notice d'information.

Dans la suite de la notice d'information :

- chaque salarié membre du personnel admis à l'assurance ainsi que le salarié bénéficiant du mécanisme dit "de portabilité" sont désignés par le terme "participant" ;
- l'employeur est appelé "entreprise souscriptrice".

Ce contrat est régi par le Code de la mutualité et est soumis à la loi française. La langue utilisée est le français.

➤ DÉFINITIONS

Les définitions ci-dessous visent à faciliter la compréhension de l'offre. Un lexique est à votre disposition en fin de document pour une parfaite compréhension des termes techniques.

A

Assuré

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

E

Entreprise souscriptrice

Entreprise ayant souscrit le contrat collectif à adhésion obligatoire au profit de ses salariés.

P

Participant

Salarié défini au contrat obligatoirement affilié au contrat collectif obligatoire.

R

Régime souscrit à titre obligatoire

Ce terme désigne le contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise auprès de l'organisme assureur et ayant pour objet d'accorder aux participants :

- 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 prévu dans le tableau de garanties, n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

➤ I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat, souscrit par l'entreprise et dénommée ci-après "entreprise souscriptrice", 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, explicitement 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.

2 - PERSONNEL GARANTI

Condition d'affiliation

Sont affiliés à titre obligatoire au présent contrat, les salariés dont l'entreprise relève de la Convention collective nationale des cabinets ou entreprises d'expertises en automobile, et appartenant à la catégorie mentionnée aux conditions particulières. Ils doivent être affiliés à un régime obligatoire français de Sécurité sociale.

Tout salarié membre du personnel affilié à l'assurance est dénommé ci-après "participant".

Chaque participant doit compléter et signer un bulletin d'affiliation afin de pouvoir bénéficier des garanties du présent contrat.

Date d'affiliation

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

À 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 prend fin à la date de cessation de l'appartenance au groupe assuré ou, en cas de maintien des droits au titre du dispositif de portabilité, le dernier jour du mois au cours duquel prend fin la période de portabilité. Le participant cesse de bénéficier des garanties à la date du décès du salarié ou le cas échéant à l'expiration de la période de maintien de douze (12) mois au profit des ayants droit du salarié décédé. En tout état de cause, l'assurance cesse en cas de résiliation du présent contrat.

3 - AYANTS DROIT

Ayants droit à adhésion obligatoire

L'affiliation des ayants droit du participant est obligatoire lorsqu'il s'agit des personnes suivantes :

- le conjoint assuré social ou la personne, assurée sociale, qui lui est lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin du participant dès lors qu'il est en mesure de prouver qu'il **n'exerce pas d'activité professionnelle et ne perçoit aucun revenu à ce titre** (salaires, revenus de remplacement, etc), étant précisé que l'organisme assureur se réserve le droit de demander tout justificatif (y compris la fourniture de l'avis d'imposition) ;
- les enfants à charge du salarié au sens du Code de la sécurité sociale ;
- les enfants du participant et/ou de son conjoint ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou du concubin du participant, s'ils sont effectivement à charge du participant (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins) et satisfont à l'une des conditions suivantes :
 - jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20^e anniversaire, sans condition ;
 - ou jusqu'au 31 décembre qui suit leur 28^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat de travail à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
 - ou en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime de base d'assurance maladie.

Extension à titre facultatif à l'ayant droit non couvert à titre obligatoire

En cas de couverture facultative du conjoint, partenaire de PACS ou concubin actif c'est-à-dire exerçant une activité professionnelle, la cotisation correspondante est alors exclusivement à la charge du participant. Celui-ci définit les modalités de règlement dans le bulletin d'affiliation.

Date d'admission à l'assurance des ayants droit

L'admission à l'assurance des ayants droit prend effet à la date d'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 1^{er} jour du trimestre civil au titre duquel les ayants droit ne remplissent plus les conditions pour être à charge.

Lorsque l'affiliation des ayants droit est facultative (conjoint exerçant une activité professionnelle rémunérée), le participant peut demander la radiation de l'assurance de ses ayants droit. 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.

Modification de la situation d'un participant ou d'un ayant droit

Toute modification de votre situation ou le cas échéant celle de vos ayants droit doit faire l'objet d'une information immédiate de la part de celui-ci à l'employeur et de la fourniture des documents adéquats tels que susvisés.

S'agissant de l'ajout d'un ayant droit nouveau-né, la copie de la page correspondante du livret de famille ou un extrait de l'acte de naissance doit être transmis. S'agissant de la radiation d'un ayant droit, l'éventuelle carte de tiers payant doit être restituée sans délai.

Radiation du participant

Toute sortie de l'assurance d'un participant (démission, licenciement, décès...) doit faire l'objet d'une information dans le cadre de la déclaration sociale nominative (DSN) par l'employeur. Toute sortie de l'assurance d'un ayant droit doit faire l'objet d'une information immédiate à Apivia Macif Mutuelle par le participant. À défaut votre organisme assureur se retournera contre le participant pour récupérer toutes les prestations indument perçues. En cas de décès d'un participant, l'entreprise souscriptrice doit en informer votre organisme assureur dans les deux mois suivant le décès.

4 - DÉCLARATIONS

Entrée dans l'assurance

L'entreprise souscriptrice doit fournir à votre organisme assureur, 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 copie de l'attestation d'assuré social qui accompagne la Carte Vitale ainsi qu'un relevé d'identité bancaire.
- **pour les ayants droit** : lorsqu'ils sont eux-mêmes assurés sociaux : la copie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la Carte Vitale et, selon le cas :
 - **pour le conjoint : la copie du livret de famille ;**
 - **pour le partenaire de PACS : la copie dudit PACS ;**
 - **pour votre concubin : l'attestation sur l'honneur de vie commune ;**
 - **pour le conjoint, concubin, partenaire de PACS non rémunéré : l'avis d'imposition sur le revenu ;**
 - **pour les enfants : le justificatif de scolarité et le cas échéant, l'attestation d'inscription à Pôle Emploi ou la copie du contrat ouvrant droit au statut d'ayant droit conformément à l'article 3 du présent contrat ;**
 - **pour les enfants handicapés : le justificatif de la perception de l'allocation pour personne handicapée ;**
 - **pour l'ayant droit non encore scolarisé, la copie du livret de famille.**

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

Votre organisme assureur 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.

5 - MONTANT DE LA COTISATION

Montant

La cotisation est fixée au contrat.

La cotisation supplémentaire du conjoint, partenaire de PACS ou concubin affilié à titre facultatif (c'est-à-dire celui ou celle exerçant une activité professionnelle rémunérée) est mentionnée au bulletin d'affiliation. Elle est à la charge exclusive du participant.

Une part de la cotisation est affectée à un fonds de solidarité afin de mettre en œuvre le Haut Degré de Solidarité prévu par la branche.

Indexation et révision de la cotisation

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

La cotisation est indexée chaque année, au 1^{er} janvier, en fonction de l'évolution du Plafond Mensuel 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.

En tout état de cause, les cotisations évolueront dans les conditions et limites mentionnées à l'accord de branche.

6 - PAIEMENT DE LA COTISATION

Païement de la cotisation par l'entreprise souscriptrice

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.

Maintien d'assurance en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération

Les garanties sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, et, le cas échéant, de leurs ayants droit pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

La cotisation continue d'être due par l'entreprise. L'assiette de cotisations et de prestations est celle prévue pour le personnel en activité pour les risques couverts.

En cas de suspension du contrat de travail pour cause d'invalidité d'origine professionnelle ou non ouvrant droit au versement d'une pension d'invalidité au titre du régime de prévoyance, le salarié bénéficie d'un maintien intégral de ses garanties pendant la durée de suspension du contrat. Seule la quote-part salariale de la cotisation totale, représentant 50% de celle-ci, est due et est précomptée sur le compte bancaire du participant.

Païement par le participant de la cotisation des ayants droit couverts à titre facultatif

En cas de couverture facultative du conjoint, partenaire de PACS ou concubin actif c'est-à-dire exerçant une activité professionnelle rémunérée, la cotisation correspondante 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 mandat de prélèvement SEPA (mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel) ou par chèque en paiement annuel. Les cotisations sont payables d'avance par le participant.

7 - NON PAIEMENT DE LA COTISATION

Non paiement de la cotisation par l'entreprise

À défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'organisme assureur 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, votre organisme assureur 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.

Votre organisme assureur 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 votre organisme assureur 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 judiciaire 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 votre organisme assureur ne couvre plus le risque est restituée au débiteur.

Non paiement par le participant de la cotisation du conjoint couvert à titre facultatif

À 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 votre organisme assureur de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, votre organisme assureur adresse au participant, à son dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure l'informant que l'affiliation de ses ayants droit sera résiliée 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation reste impayée.

8 - SUBROGATION

Votre organisme assureur est subrogé dans les droits et actions du participant ou de ses ayants droit contre le tiers responsable conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité. Votre organisme assureur 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.

9 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant des opérations mentionnées à la présente notice d'information 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 votre organisme assureur 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 votre organisme assureur 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par votre organisme assureur à l'entreprise souscriptrice et ayant pour objet le paiement de la cotisation ;**
- **l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, par le participant ou l'ayant droit à votre organisme assureur et ayant pour objet le règlement de l'indemnité.**

10 - RÉVISION DU CONTRAT

Lorsqu'une disposition législative, réglementaire ou conventionnelle vient à modifier les conditions préexistantes de l'assurance ou la portée des engagements de votre organisme assureur, ce dernier procède, à la révision des conditions de l'assurance.

11 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données recueillies feront l'objet de traitements par Apivia Macif Mutuelle, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance. Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vos données pourront également être traitées dans le cadre des activités de prospection et gestion commerciales d'Apivia Macif Mutuelle et des entités de son groupe (Aéma Groupe). Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

Nous vous informons également que tout consommateur peut s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez vous opposer à la prospection commerciale, exercer vos autres droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles sur le site <https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles> depuis le formulaire d'exercice des droits ou par voie postale à Macif, Direction Générale - Protection des Données Personnelles, 1 rue Jacques Vandier, 79000 Niort ou directement auprès du distributeur de votre contrat.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Toutes les précisions sur la protection de vos données et notamment les destinataires sont accessibles dans la rubrique données personnelles sur notre site :

<https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles>.

12 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Votre organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

13 - RÉCLAMATION

Vous souhaitez exprimer une insatisfaction, votre conseiller est votre meilleur interlocuteur. Vous pouvez le joindre aux coordonnées habituelles.

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, adressez alors votre réclamation écrite au Service Qualité :

- à l'adresse suivante :
Service Qualité
TSA 27270
79060 Niort cedex
- ou via notre site internet :
www.macif.fr.

Nous accuserons réception de votre réclamation et y répondrons, dans les meilleurs délais et dans un délai maximum de 2 mois, conformément aux délais réglementaires en vigueur.

15 - DÉCHÉANCE DES GARANTIES EN CAS DE FRAUDE

Toute réticence à une expertise médicale ou toute fraude ou tentative de fraude caractérisée en vue de tirer un profit illégitime du contrat font perdre tout droit à prestations pour la (ou les) garantie(s) concernée(s). Votre organisme assureur sera alors en droit de réclamer le remboursement des prestations versées à tort.

14 - MÉDIATION

Si votre mécontentement persiste après épuisement de la procédure interne de réclamation ou à l'issue du délai réglementaire de deux mois, vous pouvez alors saisir la Médiation de l'assurance :

- par courrier à l'adresse :
Médiation de l'assurance
TSA 50110
75441 Paris cedex 09,
- ou par internet sur :
www.mediation-assurance.org.

Votre saisine de la Médiation doit intervenir dans un délai maximum d'un an à compter de votre réclamation écrite auprès de nos services.

16 - 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 votre organisme assureur 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 l'organisme assureur et le document d'information sur le produit d'assurance (DIPA). La preuve de la remise au participant de la notice d'information, des statuts, du document d'information sur le produit d'assurance et de l'information relative aux éventuelles modifications incombe à l'entreprise souscriptrice.

II - DÉFINITION DES GARANTIES

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 ainsi qu'en fonction si besoin des évolutions des obligations conventionnelles.

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.

Le contrat respecte les conditions du cahier des charges des contrats responsables définies aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale qui a notamment été modifié par la réforme dite "100 % Santé".

Le dispositif dit "100 % Santé" a pour objectif de proposer un ensemble de prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, remboursées intégralement par le Régime obligatoire et les organismes de complémentaire santé proposant une offre répondant au cahier des charges du contrat responsable.

Ce panier de prestations est fixé par la réglementation, et a été défini par les professionnels de santé concernés, l'État, l'Assurance Maladie, les organismes de complémentaires santé et les fabricants des dispositifs pour proposer un large choix de produits de qualité et répondre aux attentes des assurés.

Les assurés sont libres de choisir entre les prestations proposées par l'offre 100 % Santé et les autres prestations.

Pour les prestations appartenant à l'offre 100 % Santé, la dépense de l'assuré lui sera intégralement remboursée. Grâce à son contrat, il n'aura donc aucun reste à charge. Le contenu de l'offre 100 % Santé est détaillé ci-après de manière non exhaustive.

Les prestations en dehors de l'offre 100 % Santé restent prises en charge au titre du présent contrat et conformément au tableau de garanties.

Assistance

Le participant et ses éventuels ayants droit bénéficient de garanties d'assistance, assurées par IMA Assurances et définies dans le livret d'assistance. Le livret d'assistance constitue une annexe à la notice d'information avec laquelle il forme un tout indivisible. Les garanties d'assistance sont assurées par IMA Assurances, société anonyme au capital de 157 000 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. RCS Niort 481 511 632. Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort cedex 9.

17 - OBJET DE LA GARANTIE

Nature des soins

Sont couverts tous les actes et frais courants, sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un

décompte individualisé du régime de base de la Sécurité sociale, au titre de la législation " maladie ", " accidents du travail/maladie professionnelle " et " maternité ", ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des garanties figurant au contrat.

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 d'admission 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.

Base de remboursement

Les bases de remboursements sont fixées dans la formule de prestations présentée au contrat.

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.

18 - DESCRIPTION DES GARANTIES

Hospitalisation

La prise en charge des dépassements d'honoraires chirurgicaux et médicaux diffère selon que le médecin consulté est adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou non.

La garantie "hospitalisation" couvre intégralement la prise en charge du Forfait Patient Urgences.

Le Forfait Patient Urgences est un forfait laissé à la charge des assurés pour tout passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

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

Forfait médecines douces

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

Soins courants

La prise en charge des dépassements d'honoraires diffère selon que le médecin consulté est adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou non.

Lorsque les remboursements sont exprimés en euros, le forfait garanti est annuel (par année civile).

Le contrat prend en charge les vaccins prescrits non pris en charge par le régime Obligatoire.

Le contrat permet la prise en charge de 100 % de la participation laissée à la charge des assurés pour les séances de psychologie remboursées par le Régime obligatoire, **dans la limite de 8 séances par an.**

Optique

Les équipements optiques sont répartis en 2 catégories :

- **les équipements de classe A** (verres ou montures) correspondant aux produits de l'offre 100 % Santé, dont les prix de vente sont plafonnés et où la prise en charge cumulée de l'équipement par le Régime obligatoire et l'organisme assureur aboutissent à un **reste à charge zéro** pour l'assuré ;
- **les équipements de classe B** (verres ou montures) correspondant aux autres produits dont les prix de vente sont libres.

L'organisme assureur prend en charge les équipements optiques décrits ci-après.

LES ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ (MONTURE ET VERRES)



Conformément à la réglementation, la catégorie des équipements 100 % Santé (dits de classe A) propose un choix de :

- montures respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €. Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes et 10 modèles différents de montures enfants "100 % Santé", en 2 coloris différents ;
- verres traitant l'ensemble des troubles visuels ;
- amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des équipements 100 % Santé (classe A), nous prenons en charge **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré** à hauteur des prix limites de vente des montures et des verres (de classe A) fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.

Lorsque l'équipement 100 % Santé comporte deux verres différents (indice de réfraction différent ou type de verres différents), la prestation d'appairage est intégralement prise en charge à hauteur du prix limite de vente, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.

LES AUTRES ÉQUIPEMENTS PRIS EN CHARGE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE (VERRES ET MONTURES)

Cette catégorie concerne les équipements de classe B détaillés succinctement ci-avant.

Pour ces équipements Optique (monture, verres simples, complexes et hyper complexes), notre prise en charge s'effectue dans les conditions définies au tableau de garanties et couvre systématiquement le ticket modérateur.

Sont considérés comme :

- **Verres simples :**
 - les verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
 - les verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - Les verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère, + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.
- **Verres complexes :**
 - les verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
 - les verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - les verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - les verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
 - les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
 - les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- **Verres hyper complexes :**
 - les autres verres multifocaux ou progressifs.

LIMITE DES GARANTIES OPTIQUE

Un équipement est constitué d'une monture et de deux verres.

Pour toutes les formules, le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale et notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Dans ces cas, le nombre d'équipements est limité à 1 tous les ans.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période de seulement 6 mois mais uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Dans tous les cas, le point de départ de la période est la date de l'équipement (ou du dernier élément constituant l'équipement complet).

Néanmoins, en cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

LENTILLES REMBOURSÉES OU NON PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Notre prise en charge s'effectue dans les conditions définies au tableau de garanties. Le forfait garanti est annuel (par année civile).

CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Notre prise en charge s'effectue dans les conditions définies au tableau de garanties. Le forfait garanti est annuel (par année civile) et global.

Dentaire

Les équipements dentaires sont répartis en 3 catégories :

- **les prothèses 100 % Santé** où les praticiens sont contraints à des honoraires limites de facturation et où la prise en charge cumulée de ces honoraires par le Régime obligatoire et l'organisme assureur aboutissent à un **reste à charge zéro** pour l'assuré. Dans cette catégorie, la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent (aspect dents blanches pour les dents du sourire et aspect métal pour les dents du fond) ;
- **les prothèses à tarifs maîtrisés** où les praticiens sont également contraints à des honoraires limites de facturation. Cette catégorie inclut les prothèses plus techniques (aspect dents blanches sur les dents du fond par exemple) ;
- **les prothèses à tarifs libres** où les honoraires sont convenus librement entre le praticien et l'assuré. Cette catégorie inclut notamment les prothèses proposant des technologies les plus avancées (les prothèses amovibles sur implant et certains bridges, par exemple).

Cette garantie couvre les équipements et soins dentaires décrits ci-après.

LES PROTHÈSES 100 % SANTÉ



Conformément à la réglementation, la catégorie **des actes prothétiques 100 % Santé** propose un large choix de prothèses fixes ou mobiles :

- couronnes céramiques monolithiques (autre que zircones) et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1^{re} prémolaire) ;
- couronnes céramiques monolithiques zircones (incisives, canines et prémolaires) ;
- couronnes métalliques toute localisation ;
- Inlay-core et couronnes transitoires liées aux couronnes définitives du panier 100 % Santé ;
- bridges céramo-métalliques (incisives) ;
- bridges métalliques toute localisation ;
- prothèses amovibles à base résine.

Lorsque l'acte prothétique entre dans la catégorie 100 % Santé, nous prenons en charge **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré, dans la limite des honoraires de facturation fixés réglementairement et déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.**

LES SOINS DENTAIRES (HORS INLAY, ONLAY)

LES PROTHÈSES DENTAIRES REMBOURSÉES OU NON PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Cette catégorie concerne les actes prothétiques à tarifs maîtrisés et les actes prothétiques à tarifs libres, détaillés succinctement ci-avant.

Pour les prothèses à tarifs maîtrisés, **notre prise en charge ne pourra être supérieure aux honoraires limites de facturation auxquels est soumis le praticien.**

Notre prise en charge s'effectue dans les conditions définies au tableau de garanties.

INLAY-ONLAY REMBOURSÉS PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Notre prise en charge s'effectue dans les conditions définies au tableau de garanties.

L'ORTHODONTIE REMBOURSÉE OU NON PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Notre prise en charge s'effectue dans les conditions définies au tableau de garanties.

L'IMPLANTOLOGIE

Le forfait garanti est annuel (par année civile).

LA PARODONTOLOGIE REMBOURSÉE OU NON PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Notre prise en charge s'effectue dans les conditions définies au tableau de garanties. Le forfait garanti pour la parodontologie non remboursée par le Régime obligatoire est annuel (par année civile).

LIMITES DE GARANTIE

L'orthodontie non remboursée et les implants dentaires sont pris en charge au titre du contrat sous réserve d'être inscrits à la nomenclature de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).

Aides auditives

Les équipements auditifs sont répartis en 2 catégories :

- **les aides auditives de classe I** correspondant aux produits dits 100 % Santé, dont les prix de vente sont plafonnés et où la prise en charge cumulée de l'équipement par le Régime obligatoire et la mutuelle aboutissent à un **reste à charge zéro** pour l'assuré ;
- **les aides auditives de classe II** correspondant aux autres produits dont les prix de vente sont libres.

L'organisme assureur prend en charge les aides auditives décrites ci-après.

LES ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ



Conformément à la réglementation, la catégorie des aides auditives 100 % Santé (dites de classe I) propose :

- tous les types d'aides auditives : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire ;
- au moins 12 canaux de réglages (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif et système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ;
- 4 ans de garantie ;
- au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruits de vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des aides auditives 100 % Santé (classe I), nous prenons en charge **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré** à hauteur des prix limites de vente des aides auditives (de classe I) fixés par la LPP, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.

LES AUTRES PROTHÈSES AUDITIVES REMBOURSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Les aides auditives remboursées par le Régime obligatoire sont prises en charge dans les conditions définies au tableau de garanties.

Cette catégorie concerne les aides auditives de classe II, détaillées succinctement ci-avant. À partir de cette même date, pour toutes les formules, et conformément au cahier des charges du contrat responsable, notre prise

en charge ne peut pas dépasser la somme de 1 700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le Régime obligatoire.

LIMITE DES GARANTIES AIDES AUDITIVES

Le cahier des charges du contrat responsable limite le nombre d'équipement (1 appareil acoustique) à 1 équipement par oreille tous les 4 ans.

Pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement.

Le remboursement de l'ensemble de ces prestations est soumis à leur prise en charge par le Régime obligatoire.

Actes de prévention

Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale et listés par l'arrêté du 8 juin 2006.

Cure thermale

Le remboursement des frais de cures thermales est soumis au remboursement des honoraires de médecine thermique par le Régime obligatoire.

Les forfaits garantis sont annuels (par année civile).

19 - 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.160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.160-13 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 au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicales des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices.**

III - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

20 - 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 l'organisme assureur,
 - 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 :**
 - le bulletin d'hospitalisation,
 - l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée ;
 - **en cas de renouvellement anticipé d'un équipement optique :**
 - soit une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente,
 - soit l'adaptation, par l'opticien-lunetier, de la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance, comme l'y autorise l'article D.4362-12-1 du Code de la santé publique ;
 - **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 française ainsi que la facture des soins détaillée et traduite en français précisant la nature et le montant de chaque dépense engagée.

Votre organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

Votre organisme assureur peut aussi avoir recours à une expertise médicale effectuée par tout professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge, pour vérifier s'il y a abus ou fraude.

Pour être recevable, toute demande de prestations doit être présentée dans les 2 ans suivant la date de remboursement par le Régime obligatoire, ou la date de réception du ticket modérateur, ou la date de l'événement à indemniser, ou la date de facturation. Au-delà de ce délai, la prestation ne sera pas versée.

Nous effectuerons le règlement des prestations dans un délai de deux jours ouvrés. Ce délai débute à compter de la réception de l'ensemble des justificatifs demandés, que ces derniers nous soient parvenus par voie postale ou électronique.

21 - TIERS PAYANT

Il est remis à chaque participant une ou plusieurs carte(s) de tiers payant 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 (ces) carte(s) reste(nt) la propriété de votre organisme assureur.

Le participant ou l'entreprise souscriptrice devra retourner à votre organisme assureur, 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.

22 - LES RÉSEAUX DE SOINS

Le membre participant et ses ayants droit bénéficient de divers avantages et services permettant d'optimiser leurs dépenses de santé, et notamment l'accès à un réseau de soins partenaire.

Ces avantages et services permettent de bénéficier d'une aide pour l'analyse des devis de soins ; de plusieurs applications web et notamment d'un service de téléconsultation ; mais également de tarifs négociés auprès de nombreux professionnels de santé (opticiens, chirurgiens-dentistes, centres auditifs, diététiciens, ...). Le membre participant conserve, dans tous les cas, la liberté de choix de son professionnel de santé.

Le membre participant peut obtenir plus d'informations sur notre réseau de soins partenaire en se connectant à son Espace personnel Assurance, sur notre site www.macif.fr

IV - MAINTIEN DES GARANTIES

23 - MAINTIEN D'ASSURANCE EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NE DONNANT PAS LIEU À RÉMUNÉRATION

La couverture frais de santé est maintenue si votre contrat de travail est suspendu sans maintien partiel ou total de salaire sous réserve que vous en manifestiez expressément cette volonté auprès de votre organisme assureur par courrier dans le mois qui précède la suspension de votre contrat de travail.

La cotisation du contrat à adhésion obligatoire est alors à votre charge exclusive. 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.

24 - MAINTIEN D'ASSURANCE DANS LE CADRE DU DISPOSITIF DIT DE "PORTABILITÉ"

L'article L.911-8 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 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 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 votre organisme assureur, 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 béné-

ficiaires 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 votre organisme assureur 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, 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

À l'issue du maintien au titre de la "portabilité des droits", votre organisme assureur 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".

25 - MAINTIEN DE LA COUVERTURE DANS LE CADRE DE LA LOI EVIN

Conformément aux dispositions prévues dans la convention collective nationale des cabinets ou entreprises d'expertises en automobile, votre organisme assureur 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 affilié, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. Votre organisme assureur adresse une proposition dans les 2 mois suivant le décès.

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 aux anciens salariés

BÉNÉFICIAIRES

L'ancien salarié peut souscrire une assurance individuelle à la condition qu'il :

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

AYANTS DROIT

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

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 des garanties du présent contrat en contrepartie du paiement d'une cotisation spécifique.

Votre organisme assureur adressera une proposition dans les 2 mois suivants la cessation du contrat de travail ou de l'expiration des droits à portabilité.

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

COTISATION

La cotisation respecte les plafonds prévus par le décret du 21 mars 2017, pris en application de l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989.

À compter de la quatrième année, la cotisation évoluera en fonction des résultats techniques constatés et des perspectives d'évolution de la sinistralité du contrat.

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

À 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 votre organisme assureur de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, votre organisme assureur 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.

PRESTATIONS

Les prestations sont celles prévues au présent contrat. Les garanties prennent effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

CESSATION DU MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Le maintien des garanties 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 ;
- en cas de décès de l'ancien salarié ;
- à la date d'effet de la résiliation si celle-ci survient à l'échéance annuelle (moyennant un préavis de 2 mois) ou à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.

Dans les deux cas, la demande de résiliation doit être faite :

- par courrier postal à l'adresse figurant sur la carte de tiers payant ;
- par courrier électronique à l'adresse nc_cgapivia@macif.fr ;
- par déclaration au siège social de votre organisme assureur ;
- par acte extrajudiciaire.

L'organisme assureur confirmera par écrit avoir reçu la demande de résiliation.

26 - ASSURANCE INDIVIDUELLE

Principe général

Une assurance individuelle peut être souscrite auprès de votre organisme assureur dans les cas de figure ci-après, cette assurance individuelle étant accordée sans questionnaire médical ni application de stage lorsque le régime souscrit est au plus équivalent à celui du contrat.

Résiliation du présent contrat

En cas de résiliation du présent contrat et de non-remplacement par un autre contrat d'assurance de groupe, tout 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 date. Le dépassement de ce délai entraîne forclusion définitive.

Décès du participant

En cas de décès d'un participant, tout ayant droit du participant 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 au chapitre 4, dans les DEUX MOIS - de date à date - qui suivent la fin dudit maintien). Le dépassement de ce délai entraîne forclusion définitive.

B

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.

D

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. Il existe deux dispositifs : l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée chirurgie obstétrique (OPTAM-CO). 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.

F

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.

H

HONORAIRES PARAMÉDICAUX : entrent dans cette catégorie les honoraires des infirmiers[ères], masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues pris en charge par le Régime obligatoire.

L

LISTE DES PRODUITS ET DES PRESTATIONS (LPP) : liste établie par décret définissant l'ensemble des produits et des prestations remboursables par l'assurance maladie et fixant leur base de remboursement par le Régime obligatoire.

M

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.

P

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 l'organisme assureur.

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.

PRIX LIMITE DE VENTE : correspond au prix de vente maximum, fixé par le Comité économique des produits de santé, au-delà duquel le produit ne pourra être facturé s'il entre dans l'un des paniers dit "100 % Santé".

R

RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) : régime d'assurance maladie français, communément dénommé "Sécurité sociale", qui intervient obligatoirement avant l'organisme assureur pour rembourser une part des frais de santé.

S

SÉCURITÉ SOCIALE : régime d'assurance maladie français, communément dénommé "Sécurité sociale", qui intervient obligatoirement avant l'organisme assureur pour rembourser une part des frais de santé.

T

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 l'organisme assureur.



Le contrat **Complémentaire Santé CCN des Cabinets ou Entreprises d'expertises en automobile**, distribué par la Macif, est assuré par **Apivia Macif Mutuelle**, mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 17-21 place Étienne Pernet - 75015 Paris cedex 15.

Carte Blanche Partenaires - SAS au capital de 100 000 € - RCS Paris 379 301 518 - Code APE 8899 B. Sièges social : Carré Feydeau - 5 rue Feydeau - 75002 Paris.

Le service de téléconsultation est délivré par MédecinDirect, marque de la société Teladoc Health France, SAS au capital de 128 300 €, RCS Paris 508 346 673. Siège social : 2 rue de Choiseul - 75002 Paris.

Les **garanties d'assistance** sont assurées par **IMA Assurances**, SA au capital de 157 000 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. RCS Niort 481 511 632. Siège social : 118, avenue de Paris – CS 40000 – 79033 Niort cedex 9.

MACIF - MUTUELLE ASSURANCE DES COMMERÇANTS ET INDUSTRIELS DE FRANCE ET DES CADRES ET SALARIÉS DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE. Société d'assurance mutuelle à cotisations variables. Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 1 rue Jacques Vandier - 79000 Niort.

NID/CS CCN Expert Auto/GA - 09/23

Si vous imprimez ce document, pensez à le trier !

