

Malakoff Médéric Prévoyance

Contrat collectif à adhésion facultative - Régime surcomplémentaire

BRINK'S SECURITY SERVICES SAS

Garanties frais de santé

Ensemble du personnel

NOTICE D'INFORMATION

Version : Mars 2018

Date d'effet : 1^{er} janvier 2018



malakoff médéric

SANTÉ • PRÉVOYANCE • RETRAITE

SOMMAIRE

Informations générales	1
L'objet du contrat	1
Votre affiliation	1
Quand bénéficiez-vous des garanties ?	3
Les prestations	6
Les généralités du contrat	8
Spécificités de vos garanties	11
Le tableau des garanties	11
Qu'est-ce que Malakoff Médéric Assistance ?	15

Ce document qui vous est remis par votre employeur, définit les dispositions réglementaires et contractuelles organisant les rapports entre votre entreprise, vous-même, et Malakoff Médéric Prévoyance.

Si vous souhaitez de plus amples informations, adressez-vous à votre employeur qui tient l'ensemble des conditions générales et documents contractuels à votre disposition.

Cette notice satisfait aux obligations d'information des assurés
(article L 932-6 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT

Document
à remettre
à votre employeur

Je soussigné(e), _____

reconnais avoir reçu une notice d'information sur les garanties
frais de santé souscrites par mon entreprise à effet du
01/01/2018 :

auprès de Malakoff Médéric Prévoyance.

A _____ le _____

Signature :

Informations générales

L'objet du contrat

Le contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative, souscrit par votre employeur auprès Malakoff Médéric Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale.

Cette notice a pour objet d'indiquer les conditions dans lesquelles nous vous accordons, ainsi qu'à vos ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Les prestations sont indiquées au tableau des garanties joint à votre notice.

Votre contrat surcomplémentaire intervient sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire, dans la limite des frais réels.

Vos garanties ne répondent pas au nouveau cahier des charges du contrat responsable par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Il est précisé toutefois que vos garanties répondent au critère « solidaire ».

Par portabilité de la couverture d'assurance nous entendons, le maintien de la garantie frais de santé qui vous est accordé si vous êtes demandeur d'emploi et bénéficiaire de ce dispositif en vertu de la loi 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi.

Votre affiliation

Quelles sont les modalités d'affiliation ?

Vous êtes obligatoirement affilié au régime obligatoire dit « Régime socle ».

Vous pouvez demander votre affiliation à la présente garantie surcomplémentaire dans les conditions suivantes :

- à la date d'effet du contrat,
- à la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée,
- en cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un pacte civil de solidarité, prise d'effet ou fin de concubinage, naissance, décès,...).

Pour bénéficier des garanties, vous devez compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation en indiquant la liste de vos ayants droit s'il y a lieu. Vous remettez votre bulletin accompagné des pièces nécessaires à l'affiliation. Votre employeur s'engage à les faire parvenir à votre gestionnaire.

L'affiliation à la garantie surcomplémentaire intervient à la date d'effet figurant sur le bulletin individuel d'affiliation.

Vous devez signaler tout changement de situation familiale par le même document.

La fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle de votre employeur de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser notre appréciation.

Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?

Lorsqu'ils bénéficient des prestations, vos ayants droit sont :

- votre conjoint, et à défaut :
 - votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs), non dissout et non rompu,
 - votre concubin célibataire, divorcé ou veuf, s'il réside sous le même toit que vous, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi, vous et votre concubin ne devez être ni mariés, ni liés par un pacte civil de solidarité,
- vos enfants ou ceux de votre conjoint, de votre partenaire pacsé ou de votre concubin, âgés de moins de 21 ans :
 - considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale, de vous-même, de votre conjoint, de votre partenaire pacsé ou de votre concubin,
 - affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants,
 - immatriculés personnellement à la Sécurité sociale et exerçant une activité professionnelle procurant des revenus inférieurs à 55 % du SMIC.

Cette limite d'âge est prorogée jusqu'au 28^{ème} anniversaire pour les enfants remplissant l'une des conditions ci-dessus et sous réserve qu'ils poursuivent leurs études.

Cette limite d'âge est également prorogée jusqu'au 28^{ème} anniversaire pour :

- vos enfants, ceux de votre conjoint, ceux de votre partenaire pacsé ou de votre concubin, pris en compte dans le calcul du quotient familial et ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
- vos enfants auxquels vous versez une pension alimentaire retenue sur votre avis d'imposition.

Sans limite d'âge pour l'enfant handicapé s'il ouvre droit à l'allocation d'éducation pour enfant handicapé prévue à l'article L 541-1 du Code de la sécurité sociale ou perçoit l'allocation d'adulte handicapé prévue à l'article L 821-1 de ce code.

Les enfants nés viables postérieurement à votre décès et dont la filiation avec vous est établie, sont assimilés à des enfants à charge.

- les ascendants considérés comme vos ayants droit par la Sécurité sociale, ou ceux de votre conjoint, de votre partenaire pacsé ou de votre concubin.

La structure d'affiliation

Les cotisations seront déterminées en fonction de la structure « assuré seul / famille ».

A l'affiliation, vous pouvez choisir :

- d'être affilié seul,
- ou d'être affilié avec l'ensemble de votre famille : dans ce cas c'est l'intégralité des membres de votre famille qui sera couverte.

Vous exprimez votre choix lors de votre affiliation, en remplissant le bulletin individuel d'affiliation que votre entreprise s'engage à faire parvenir à votre gestionnaire. A défaut de choix exprimé, nous retiendrons obligatoirement la structure « assuré seul ».

La structure d'affiliation que vous avez retenue au titre de la présente garantie doit être identique à celle retenue pour le contrat collectif à adhésion obligatoire dit « Régime socle ».

Le passage de la structure « assuré seul » vers « famille » est possible à tout moment. A contrario, le passage de la structure « famille » vers « assuré seul », est possible uniquement en cas de changement de la situation familiale (mariage, divorce, conclusion, dissolution d'un pacte civil de solidarité, prise d'effet ou fin d'un concubinage, naissance, décès, perte de la qualité d'ayant droit...).

Quand bénéficiez-vous des garanties ?

Quand prennent effet vos garanties ?

Pour vous

Les garanties prennent effet à la date effective de la demande d'affiliation qui correspond :

- à la date d'effet du contrat,
- à la date de votre entrée dans la catégorie de personnel assurée,
- au lendemain de votre radiation par le précédent organisme assureur,
- au jour de votre reprise d'activité après une suspension de votre contrat de travail,
- au jour de changement de situation familiale (mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un pacte civil de solidarité, début et fin du concubinage, naissance, décès d'un ayant droit...),

et sous réserve que la demande nous parvienne dans les trente jours.

Dans tous les autres cas, au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne au plus tard le 31 octobre.

Pour vos ayants droit

Les garanties prennent effet :

- à la même date que vous,
- au lendemain de la radiation par le précédent organisme assureur, sous réserve que le bulletin individuel d'affiliation nous parvienne au plus tard dans les trente jours qui suivent la date de radiation,
- au jour de changement de situation familiale (mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un pacs, début et fin du concubinage, naissance, décès d'un ayant droit...) sous réserve que le bulletin individuel d'affiliation nous parvienne dans les trente jours de l'événement.

Dans tous les autres cas, au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne au plus tard le 31 octobre.

Si vous êtes un ancien salarié bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité du 14 juin 2013, à la date d'effet du contrat

Vous et vos ayants droit couverts précédemment par un autre organisme assureur, pouvez bénéficier des garanties du contrat si vous continuez à remplir les conditions pour en être bénéficiaires.

Quand cessent vos garanties ?

Pour vous

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- à la fin de l'exercice civil au cours duquel vous avez demandé la résiliation de votre affiliation,
- à la date de suspension de votre contrat de travail, sous réserve des dispositions du paragraphe « Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ? »,
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la portabilité,
- à la date à laquelle vous cessez de remplir les conditions vous permettant de bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité et ce dans la limite de 12 mois,
- à la date de radiation pour défaut de paiement.

En l'absence de déclaration de votre radiation par votre employeur, nous pourrions réclamer le remboursement des sommes indûment versées.

Pour vos ayants droit

Leurs garanties cessent à la même date que les vôtres. De plus, leurs garanties cessent à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit, ou à la date à laquelle leur radiation est demandée.

Les membres de votre famille, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier de la garantie du contrat. Cette radiation est définitive.

Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ?

Les garanties et leurs évolutions peuvent continuer à s'appliquer en cas de suspension de votre contrat de travail à condition que vous en ayez fait la demande à votre employeur et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes.

Si vous n'avez pas demandé le maintien des garanties lors de la suspension de votre contrat de travail vous pouvez bénéficier à nouveau de celles-ci à conditions que votre demande nous parvienne dans les trente jours de votre reprise d'activité et sous réserve du paiement des cotisations.

En outre, le bénéfice des garanties peut être maintenu en cas de congé sans solde, à savoir la suspension du contrat de travail sans versement de rémunération et à votre initiative.

Les garanties prennent effet :

- à la date de départ en congé sans solde sous réserve que la demande de maintien de la garantie nous parvienne, par écrit, dans les 30 jours qui précèdent la date de suspension du contrat de travail,
- au 1^{er} jour du mois civil suivant la demande, si celle-ci est formulée au plus tard dans les trois mois qui suivent la date de suspension du contrat de travail.

Les garanties cessent :

- à la date de résiliation ou de suspension des garanties du contrat,
- à la veille de votre reprise d'activité,
- à la date de votre radiation des effectifs.

Les cotisations sont identiques à celles du personnel en activité. Les cotisations, y compris les taxes éventuelles, sont payables par vous-même à titre individuel, mensuellement d'avance, par prélèvement automatique sur votre compte.

En cas d'affiliation en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues à partir du premier jour du mois civil suivant.

En cas de radiation en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues pour le mois en cours.

Vous êtes le seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, vous remettez un relevé d'identité bancaire (R.I.B) et un mandat de prélèvement SEPA de la cotisation lors de la demande d'affiliation.

A défaut de paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure de paiement chiffrée vous est adressée par lettre recommandée avec avis de réception.

Si le paiement n'est pas intervenu :

- les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure,
- les garanties cessent dix jours après la date d'effet de la suspension.

Les cotisations antérieures à la date de résiliation restent dues. Nous avons la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous les moyens de droit.

Votre radiation pour défaut de paiement entraîne celle des membres de votre famille. Cette radiation est définitive.

Quand pouvez-vous bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ?

En cas de rupture de votre contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, en dehors du cas de licenciement pour faute lourde, vous bénéficiez du maintien de vos garanties.

Ce maintien est également accordé à vos ayants droit déclarés qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation de votre contrat de travail.

Les droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la rupture du contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de rupture de votre contrat de travail.

Votre employeur est tenu de :

- vous informer de votre droit à bénéficier du maintien des garanties dans votre certificat de travail,
- nous informer de la cessation de votre contrat de travail déclenchant le droit au maintien, dans un délai de trente jours.

La durée du maintien de vos garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée de votre dernier contrat de travail ou de la durée totale de vos contrats successifs chez un même employeur, appréciée en mois et arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

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

Nous pouvons, à tout moment, vous demander de justifier que vous remplissez les conditions requises pour bénéficier du maintien des garanties.

En cas de fausse déclaration intentionnelle de votre part, la garantie que nous accordons est nulle.

Le maintien de vos garanties cesse à :

- la date de cessation du versement de vos allocations payées par le régime d'assurance chômage,
- la date de reprise d'une activité professionnelle de votre part,
- la date d'effet de votre retraite Sécurité sociale,
- l'issue de la durée de maintien à laquelle vous avez le droit et ce dans la limite de douze mois,
- la résiliation du contrat de votre ancienne entreprise.

Le maintien des droits au régime frais de santé est assuré sans contrepartie de cotisations pour vous.

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties vous sont appliquées ainsi qu'à vos ayants droit.

Le maintien individuel des garanties aux anciens assurés hors portabilité

Si vous bénéficiez de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement si vous êtes privé d'emploi, vous pouvez demander :

- à bénéficier du maintien des garanties définies au présent contrat,

ou

- à souscrire à un contrat adapté à votre nouvelle situation.

Cette demande peut également être faite par vos ayants droit en cas de décès de votre part.

Dans tous les cas vous ou vos ayants droit devez nous faire part du choix par écrit.

1. Quel que soit le choix retenu :

- aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise,
- la demande de souscription doit être faite dans les six mois suivant la rupture de votre contrat de travail ou de votre décès.

Dans le cas particulier de la portabilité, le délai de six mois court à compter du terme de la période de maintien des garanties.

Votre ancienne entreprise doit nous informer de votre décès ou de la rupture du contrat de travail vous rendant éligible au maintien individuel des garanties dans un délai de trente jours afin de nous permettre d'adresser la proposition de couverture à vous-même ou à vos ayants droit en cas de décès de votre part.

Nous adressons une proposition de maintien de la couverture à compter de la cessation du contrat de travail, de la fin de la période de maintien des garanties à titre temporaire ou du décès de l'assuré.

La demande de souscription prend effet au plus tard au lendemain de la demande.

2. Le maintien des garanties au titre du présent contrat :

Si vous bénéficiez de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement si vous êtes privé d'emploi, le maintien des garanties est viager.

Pour vos ayants droit en cas de décès de votre part, le maintien des garanties cesse au terme d'une période de douze mois.

Par ailleurs, vos ayants droit sont exclus du maintien des garanties. Toutefois, ils peuvent demander à souscrire à un contrat que nous leur proposerons.

La tarification des nouvelles adhésions relevant de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 s'effectue depuis le 1^{er} juillet 2017 selon un échelonnement prévu par ce texte et ses décrets d'application.

3. La souscription à un contrat adapté à votre nouvelle situation :

Nous vous proposons un contrat tenant compte à la fois de vos besoins en matière de frais de santé et de vos ressources.

Le montant des cotisations est alors en fonction de garanties choisies et de l'âge des bénéficiaires.

Les prestations

Quelles sont les prestations ?

La nature et le niveau des garanties sont décrits dans la partie « Spécificités de vos garanties ».

Le contrat prend en charge, dans la limite du niveau de garanties, le remboursement :

- des frais restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale,
- des dépenses de soins médicalement prescrites à caractère thérapeutique non prises en charge par la Sécurité sociale,
- des dépenses de soins prises en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus au tableau de garanties,
- des dépenses de prévention mentionnées au tableau des garanties.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale : le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base du remboursement de la Sécurité sociale ou ticket modérateur), et de la législation en vigueur à la date des soins.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de prestation de cet organisme ou celui qui vous est facturé, en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie, la date des soins retenue est celle prise en compte par la Sécurité sociale, ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle de votre employeur entraîne la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.

Quelles sont les limites de remboursement ?

Le total de nos remboursements, de ceux de la Sécurité sociale et ceux de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées telles que définies au paragraphe intitulé « Quelles sont les prestations ? ».

Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne donnera lieu à aucun report sur l'année suivante.

Les médicaments achetés sur Internet sont remboursés dans la mesure où ils ont été achetés sur des sites autorisés, l'autorisation étant donnée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente. La liste des sites autorisés est disponible sur le site de l'Ordre National des Pharmaciens (www.ordre.pharmacien.fr).

Les critères du contrat

La prise en charge d'un équipement optique est composée d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.

La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge au titre de votre garantie.

En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1^{er} élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale.

Le présent contrat ne prend pas en charge :

- **la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale,**
- **la majoration du ticket modérateur restant à votre charge en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,**
- **les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).**

Le contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle médical pour tout assuré demandant des prestations notamment pour les garanties dentaire ou optique.

En cas de refus de votre part, de répondre à ce contrôle, le paiement des prestations sera refusé.

En cas de contestation de notre décision, vous devez, sous peine de radiation, adresser dans les trente jours suivant la notification une lettre recommandée mentionnant le nom du médecin chargé de vous représenter dans une entrevue amiable avec notre médecin.

En cas de désaccord, il sera formé une commission d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de votre résidence, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

Les généralités du contrat

La prescription

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons 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.

Lorsque vous, votre entreprise ou le bénéficiaire intentez une action en justice à notre encontre et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à votre encontre, celle de votre entreprise ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par vos soins, votre entreprise ou le bénéficiaire.

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

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception soit que nous adressons à votre entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que vous ou vos ayants droit nous adressez en ce qui concerne le règlement de la prestation.

La mobilité des assurés à l'étranger

Les garanties vous sont acquises si vous exercez votre activité sur le territoire français. Lors de vos déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois ou à l'occasion de détachement hors du territoire français (sauf dans les pays formellement déconseillés par le ministère des Affaires étrangères), les garanties s'exercent.

Les frais engagés d'une manière occasionnelle à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge partiellement par la Sécurité sociale. Les remboursements complémentaires, établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale, sont alors effectués en euros, dans la limite des garanties.

S'agissant des soins dispensés hors de France, les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires pourront, s'il y a lieu et après avis de notre médecin conseil, être plafonnées à hauteur du prix pratiqué normalement en France pour des actes et des soins équivalents.

La subrogation

Nous pouvons exercer toute action contre les tiers responsables, que la responsabilité de ce tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, pour obtenir le recouvrement des prestations payées.

A qui vous adresser en cas de réclamation ?

En cas de difficultés dans l'application du contrat, vous et/ou les bénéficiaires et votre employeur pouvez contacter dans un premier temps votre conseiller ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée comme suit :

- Pour votre employeur : reclamation-entreprise-assurance@malakoffmederic.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.
- Pour vous et/ou les bénéficiaires : reclamation-particulier-assurance@malakoffmederic.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, vous et/ou les bénéficiaires et votre employeur pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, vous adresser au médiateur de la protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP) à l'adresse suivante :

M. le Médiateur de la protection sociale (CTIP) - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris ou par voie électronique : <http://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> .

La loi « informatique et libertés »

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), vous reconnaissez avoir été informé par notre organisme, responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

1. Vos données à caractère personnel peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution des autres contrats souscrits auprès de notre organisme ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Médéric auquel nous appartenons ; et ce y compris, en notre qualité d'organisme assureur, l'utilisation de votre NIR pour la gestion de vos risques d'assurance complémentaire santé (conformément à l'Autorisation unique de la CNIL du 23 janvier 2014 - Pack conformité assurance),
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à votre destination,
- la gestion de vos avis sur les produits, services ou contenus proposés par notre organisme ou nos partenaires,
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux,
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins que vous avez exprimés,
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement,
- la proposition de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par notre organisme ou nos partenaires ;

- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

Vous reconnaissez que la collecte et le traitement de vos données (en ce compris des données d'identification, des données relatives à votre situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à votre vie personnelle, à votre santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

Le traitement de vos données de santé est soumis à votre consentement exprès et préalable.

Nous nous engageons à ne pas exploiter ces informations à d'autres fins que celles précitées.

Les destinataires de vos données sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : notre personnel, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et votre employeur.

Les données à caractère personnel relatives à votre santé sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité, et ainsi, sont destinées à notre Service médical et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical. Les données à caractère personnel relatives à votre santé ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Nous nous engageons à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les durées de conservation de vos données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux durées prévues dans le Pack Assurance. En tout état de cause, vos données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle puis le temps de la prescription légale en vigueur.

Nous et nos partenaires nous engageons à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité et de confidentialité des données traitées.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

2. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des données vous concernant et pouvez vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, sur simple demande écrite adressée par email à l'adresse suivante : sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier : Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

3. Sauf opposition écrite, vos informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite et d'assurance du Groupe Malakoff Médéric, ainsi qu'à leurs filiales et partenaires, dont la liste peut être transmise sur simple demande, à des fins de prospection commerciale.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

Le contrôle de l'organisme assureur

Nous sommes soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR 61 rue Taitbout, 75009 PARIS.

Spécificités de vos garanties

Le tableau des garanties

RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE		
NATURE DES ACTES INDEMNISÉS		REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais engagés sous déduction de la Sécurité sociale et du régime socle
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie) Hors chirurgie esthétique	
	Frais de Séjour (conventionnés)	100% DE - SS limitée à 500% BRSS
	Frais de Séjour (non conventionnés)	90% DE - SS limitée à 500% BRSS
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés) (1)	100% DE - SS limitée à 500% BRSS
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (non conventionnés) (1)	90% DE-SS limitée à 500% BRSS
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés) (1)	100% DE - SS limitée à 100% BRSS + TM
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (non conventionnés) (1)	90% DE - SS limitée à 100% BRSS + TM
	Forfait journalier hospitalier	100 % DE sans limitation de durée
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire
	Chambre particulière de nuit non remboursée par la Sécurité sociale (2)	5% PMSS / nuitée
	Chambre particulière de jour non remboursée par la Sécurité sociale (2)	5% PMSS / jour
	Frais d'accompagnant en secteur conventionné ou non (enfant de moins de 16 ans)	5% PMSS / jour
	Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (1)	150% BRSS
	Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) (1)	100% BRSS + TM
	Imagerie médicale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (1)	125% BRSS
	Imagerie médicale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) (1)	125% BRSS
	Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale	100% TM
	Allocation nouvel enfant naissance ou adoption plénière	10% PMSS

DENTAIRE	SOINS DENTAIRES	
	Soins dentaires	200% BRSS
	Inlay/onlay (3)	200% BRSS
	Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale sur la base d'une gingivectomie étendue à un sextant (4)	200% BRSS
	ORTHODONTIE	
	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale sur la base d'un TO90 (3) (4)	400% BRSS
	PROTHÈSES DENTAIRES SUR ACCORD DE PRISE EN CHARGE (4bis)	
	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale hors inlay core, (sur la base d'une prothèse de type couronne) (3) (4)	300% BRSS
	Prothèses transitoires non remboursées par la Sécurité sociale	322,5 € /prothèse dentaire
	Inlay core remboursé par la Sécurité sociale (3)	300% BRSS
	Implantologie (phase opératoire, pose de l'implant et faux moignon implantaire)	500 € par implant (max 2 par an)

OPTIQUE - PROTHÈSE (5)	ÉQUIPEMENT VERRES - MONTURE (5)	Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans. La prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 €
	Monture de lunettes adulte	150 €
	1 verre simple adulte	Voir Grille Optique
	1 verre complexe adulte	
	1 verre très complexe adulte	
	Monture de lunettes enfant	
	1 verre simple enfant	
	1 verre complexe enfant	
	1 verre très complexe enfant	
	Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables)	5% PMSS par an et par bénéficiaire
	AUTRES PROTHÈSES	
	Appareillage et prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale (dont perruques, implants mammaires suite à maladie et prescription)	200% BR + 5,43% PMSS / prothèse
	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale	200% BRSS

SOINS DE VILLE	CONSULTATIONS - FRAIS MÉDICAUX	
	Consultations/visites de généralistes dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (1)	150% BRSS
	Consultations/visites de généralistes hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) (1)	100% BR + TM
	Consultations/visites de spécialistes dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (1)	150% BRSS
	Consultations/visites de spécialistes hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) (1)	100% BR + TM
	Auxiliaires médicaux remboursés par la Sécurité sociale (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	125% BRSS
	Analyses - actes de biologie	125% BRSS
	PHARMACIE	
	Pharmacie remboursée à 65 % par la Sécurité sociale	100% TM
	Pharmacie remboursée à 30 % par la Sécurité sociale	100% TM
	Pharmacie remboursée à 15 % par la Sécurité sociale	100% TM
	CURE THERMALE	
	Cure thermale en France remboursée par la Sécurité sociale. Forfait global annuel : honoraires, traitement thermal, hébergement et transport	10% PMSS dans la limite des frais réels

PRÉVENTION	ACTES DE PRÉVENTION	
	Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (6)	100% TM
	Détartrage annuel sus et sous gingival (2 séances max)	100% TM
	Vaccinations seules ou combinées de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite et ce quel que soit l'âge	100% TM

FRAIS COUVERTS	GLOSSAIRE
<p>Les remboursements indiqués s'entendent en complément/sous déduction de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.</p> <p>Pour les garanties exprimées en forfait les remboursements sont en complément de la Sécurité sociale.</p> <p>Les prestations sont exprimées en complément/sous déduction du remboursement effectué par le régime de base de la Sécurité sociale, étant précisé qu'elles sont ajustées pour le régime local Alsace Moselle, de sorte que tout assuré bénéficie globalement d'un niveau de couverture strictement identique.</p> <p>Les pénalités financières appliquées par la Sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement complémentaire. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima au TM.</p> <p>La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale.</p> <p>Pour les garanties exprimées en forfait, les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulatives. Il en est de même pour les garanties remboursées et non remboursées. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées.</p>	<p>DE : Montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>SS : Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (au 01/01/2018 : 3311 €)</p> <p>BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>TM : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales</p> <p>BRR : Base de remboursement reconstituée</p>

(1) Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus incluent le contrat d'accès aux soins (CAS), l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens. Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un de ces dispositifs.

(2) Limitation de la prise en charge à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements spécialisés (psychiatrie). La chambre particulière de jour concerne la chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(3) Pour les contrats complémentaires santé collectifs obligatoires, les garanties couvrent a minima le TM sur les actes concernés, avec en complément une prise en charge minimale de 25 % des dépassements sur les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale. Cette règle s'applique également en cas de dépassement du plafond annuel pour les garanties qui y sont soumises.

(4) DENTAIRE :

Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base des codifications de la Sécurité Sociale indiquées entre parenthèses pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé. Les limitations annuelles pour la prothèse dentaire s'entendent y compris pour les suppléments dents visibles et l'implantologie.

(4bis) L'accord de prise en charge de votre Professionnel de Santé par Malakoff Médéric s'effectue dans le cadre du Tiers Payant ou en transmettant votre devis à Malakoff Médéric via le formulaire disponible sur votre espace client particulier. Dans le cadre d'un accord de prise en charge, notre délai de réponse au devis est de 48h à réception du devis hors délais postaux, jours fériés et week-end. Cette réponse vous précisera si le tarif pratiqué par le Professionnel de Santé est excessif ou non. Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20% comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge.

(5) OPTIQUE :

Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1er élément de l'équipement (monture ou verres). L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties optique respectent les planchers par équipement imposés par l'article D.911-1 4° du Code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale.

Les types de verres sont segmentés entre verres simples, complexes et très complexes selon le niveau de sphère et cylindre comme précisé dans le tableau ci-dessous.

		Verres unifocaux				Verres multifocaux			
		Cylindre				Cylindre			
		-	0,25 à 4,00	4,25 à 6	≥ à 6,25	-	0,25 à 4,00	4,25 à 6	≥ à 6,25
Sphère	0 à 4,00	verres simples				verres complexes			
	4,25 à 6,00								
	6,25 à 8,00	verres complexes				verres très complexes			
	≥ à 8,25								

(6) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr).

GRILLE OPTIQUE

		Avec / Sans Cylindre	Sphère	Montant
Par verre	Unifocaux	Sphérique	de -6 à +6	90 €
			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	100 €
			< à -10 ou > à +10	120 €
		Cylindre < 4	de -6 à +6	90 €
			< à -6 ou > à +6	100 €
	Multifocaux	Cylindre > 4	de -6 à +6	120 €
			< à -6 ou > à +6	120 €
		Sphérique	de -4 à +4	130 €
			< à -4 ou > à +4	200 €
		Cylindre	de -8 à +8	130 €
			< à -8 ou > à +8	200 €

Qu'est-ce que Malakoff Médéric Assistance ?

L'assistance santé à domicile Malakoff Médéric Assistance a pour but de vous apporter tous les services qui permettent de rétablir l'organisation normale d'une vie familiale perturbée, de manière imprévisible, par une maladie, une hospitalisation, un accident ou un décès, en mettant en place une aide temporaire, immédiate et adaptée.

Pour plus d'informations, reportez-vous au livret qui vous est remis en complément de votre notice relative à votre garantie obligatoire « Régime socle ».