

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES CONSEILS D'ARCHITECTURE,
D'URBANISME ET DE L'ENVIRONNEMENT**



malakoff médéric

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE

CONDITIONS GÉNÉRALES N° 4020/5 - 1^{er} janvier 2014



SOMMAIRE

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3
ARTICLE 1 - OBJET	3
ARTICLE 2 - CADRE JURIDIQUE	3
ARTICLE 3 - ADHÉSION	3
ARTICLE 4 - DURÉE DU CONTRAT - RENOUELEMENT	3
ARTICLE 5 - PARTICIPANTS	3
ARTICLE 6 - BÉNÉFICIAIRES	3
ARTICLE 7 - DÉBUT ET FIN DES GARANTIES	4
ARTICLE 8 - FORMALITÉS D’AFFILIATION ET DE RADIATION	5
ARTICLE 9 - ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION	5
ARTICLE 10 - MODIFICATION DE LA LÉGISLATION OU DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	5
ARTICLE 11 - PAIEMENT DES COTISATIONS	5
ARTICLE 12 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS	6
ARTICLE 13 - BORDEREAU NOMINATIF ANNUEL	6
ARTICLE 14 - PRESTATIONS	6
ARTICLE 15 - LIMITE DES REMBOURSEMENTS	6
ARTICLE 16 - FORMALITÉS DE REMBOURSEMENT	6
ARTICLE 17 - CONTRÔLE MÉDICAL	7
ARTICLE 18 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	7
ARTICLE 19 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL	7
ARTICLE 20 - CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION	8
ARTICLE 21 - PRESCRIPTION	8
ARTICLE 22 - SUBROGATION	8
ARTICLE 23 - INFORMATION DES PARTICIPANTS	8
ARTICLE 24 - CONTRÔLE - RÉCLAMATION	9
TITRE II - TABLEAU DE GARANTIES	9

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 - OBJET

Les présentes Conditions générales fixent les conditions dans lesquelles Malakoff Médéric Prévoyance et Humanis Prévoyance assurent, **conformément au titre VIII de la convention collective nationale des conseils d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement (CAUE)**, en contrepartie de cotisations, au participant et à sa famille le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Malakoff Médéric Prévoyance et Humanis Prévoyance sont coassureurs de la garantie frais de santé pour une quote-part de 50% chacune. Chaque Institution est engagée auprès de chaque Adhérent à hauteur de sa seule quote-part.

ARTICLE 2 - CADRE JURIDIQUE

Le contrat est régi par la législation et la réglementation en vigueur à la date d'effet du présent contrat. **En tout état de cause, il se conformera à l'ensemble de la législation et de la réglementation relative au contrat responsable conformément aux dispositions des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.** En cas d'évolution de ce cadre juridique, le contrat sera revu notamment selon les dispositions de l'article 10.

ARTICLE 3 - ADHÉSION

L'association relevant de la Convention Collective Nationale des CAUE qui adhère au présent contrat est alors dénommée l'Adhérent.

Le présent contrat, souscrit pour répondre aux obligations de ladite Convention Collective des CAUE, est formé des Conditions générales ainsi que des Conditions particulières qui comportent notamment :

- la date d'effet de l'adhésion,
- la définition de la (ou des) catégorie(s) de personnel visée(s),
- la nature et le montant des prestations, ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur,
- les taux et l'assiette de cotisation correspondant aux garanties prévues.

L'Adhérent informera Malakoff Médéric Prévoyance de toute transformation intervenant dans sa situation juridique ou économique (cession d'exploitation, location gérance, etc.).

Malakoff Médéric Prévoyance qui recueille l'adhésion de l'association assume l'intégralité de la gestion du contrat. Elle est ci-après dénommée l'Institution.

ARTICLE 4 - DURÉE DU CONTRAT - RENOUVELLEMENT

Le contrat prend effet à la date fixée aux Conditions particulières et expire le 31 décembre suivant et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'Adhérent, qui doit alors en informer Malakoff Médéric Prévoyance par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.

En cas de changement d'activité plaçant l'association adhérente en dehors du champ d'application de la Convention collective nationale, l'association devra notifier ce changement à Malakoff Médéric Prévoyance par lettre recommandée avec avis de réception qui aura valeur de lettre de résiliation. La résiliation prendra effet à la date du changement d'activité.

ARTICLE 5 - PARTICIPANTS

Sont garantis au titre de participants, les salariés de l'association qui appartiennent aux catégories de personnel définies aux conditions particulières. L'adhérent s'engage à affilier tous les salariés présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel prévue aux Conditions particulières, sauf cas de dérogation expressément prévu par l'Accord conventionnel de prévoyance (cf. article 5.2 dudit Accord).

Les salariés qui cessent de bénéficier d'une dérogation sont affiliés à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception par l'Institution du formulaire d'affiliation. **Leur affiliation est alors irrévocable.**

ARTICLE 6 - BÉNÉFICIAIRES

6.1 Les bénéficiaires

Bénéficie des garanties le participant.

Bénéficiaire également des garanties les ayants droit du participant, à titre obligatoire, sauf à justifier d'être couverts par ailleurs dans les conditions admises par la réglementation en vigueur (cf. article 5.3 de l'Accord conventionnel de prévoyance).

Les ayants droit couverts par le contrat sont définis comme suit :

1. le conjoint du participant, non séparé de corps judiciairement, à défaut la personne liée au participant par un PACS (pacte civil de solidarité) ou à défaut le concubin célibataire, veuf ou séparé de corps judiciairement sous réserve que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal soit identique à celui du participant. La condition de durée d'un an pour le concubinage est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union.
2. les enfants du participant, de son conjoint non séparé de corps judiciairement ou de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin célibataire, veuf ou séparé de corps judiciairement, à charge du participant fiscalement ou non imposables :
 - de moins de 18 ans,
 - de 18 ans et de moins de 26 ans en apprentissage, en contrat d'alternance ou de professionnalisation ou à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle emploi,
 - de 18 ans et de moins de 28 ans, non salariés et s'ils poursuivent leurs études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.

La condition d'âge n'est pas exigée pour l'enfant reconnu en invalidité de 2^e ou 3^e catégorie au sens de l'article R. 541-2 du Code de la sécurité sociale ou bénéficiant de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidité civil, l'invalidité devant être reconnue avant le 26^e anniversaire de l'enfant.

6.1 Structure de cotisations

Le montant de la cotisation due au nom de chaque participant est variable selon le nombre de bénéficiaires remplissant les conditions définies ci-dessus, selon les structures de cotisations suivantes :

- salarié seul,
- couple (pour le participant n'ayant qu'un seul ayant droit, conjoint ou enfant),
- famille (pour le participant ayant plusieurs ayants droit).

ARTICLE 7 - DÉBUT ET FIN DES GARANTIES

7.1 Prise d'effet des garanties pour les salariés

Pour les participants, les garanties prennent effet :

- à la date d'effet de l'adhésion pour tous les salariés présents à cette date sous réserve des dérogations prévues à l'article 5-2 de l'Accord conventionnel de prévoyance des conseils d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement,
- au premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'affiliation pour les salariés entrant dans le champ d'application des dérogations susvisées,
- à la date d'embauche postérieurement à l'adhésion.

7.2 Prise d'effet des garanties pour les ayants droit

Pour les membres de la famille répondant aux conditions requises pour être bénéficiaires lors de l'affiliation du participant, les garanties prennent effet à la même date.

Pour les membres de la famille venant à répondre à ces conditions postérieurement à l'affiliation du participant (mariage, naissance ...), les garanties prennent effet, selon les situations :

- si le participant est affilié selon la structure « famille » : à la date à laquelle l'ayant droit remplit ces conditions (la déclaration du nouvel ayant droit est sans incidence sur la structure de cotisation antérieure),
- si le participant est affilié selon la structure « salarié seul » ou « couple » : à la date à laquelle l'ayant droit remplit ces conditions sous réserve que le formulaire d'affiliation soit reçu par l'Institution dans les 30 jours suivant l'événement, à défaut au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception dudit formulaire. Cette nouvelle affiliation aura pour conséquence le passage de l'affiliation de la structure « salarié seul » vers « couple » ou « couple » vers « famille ».

Pour les ayants droits qui cessent de justifier d'une couverture frais de santé par ailleurs, les garanties prennent effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'affiliation.

7.3 Cessation des garanties

Pour le participant et ses ayants droits, les garanties du présent contrat cessent :

- à la date de prise d'effet de la suspension ou résiliation du contrat,
- à la date de suspension du contrat de travail du participant sous réserve des dispositions de l'article 18,
- à la date de radiation du participant des effectifs de l'association (sauf hypothèse du dispositif de portabilité prévu à l'article 19.1) ou de la catégorie de personnel visée aux Conditions particulières,
- à la date d'expiration de la période de portabilité pour les anciens salariés indemnisés par le régime d'assurance chômage (cf. article 19.1),
- et, en tout état de cause à la date d'effet de la dénonciation de l'Accord Conventionnel de Prévoyance.

En cas de radiation du participant, ce dernier peut souscrire un contrat individuel sans formalités médicales. Il doit en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la cessation de la garantie collective, la garantie individuelle prenant effet au lendemain de la date d'envoi de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

Pour les ayants droit, les garanties cessent en outre à la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 6.1 pour être bénéficiaires.

ARTICLE 8 - FORMALITÉS D’AFFILIATION ET DE RADIATION

Lors de l'affiliation ou en cas de changement de situation de famille d'un participant, l'Adhérent devra, sans délai, adresser à Malakoff Médéric Prévoyance la demande d'affiliation ou de changement de situation de famille du participant dûment remplie et signée.

Lors de la radiation d'un participant, l'Adhérent devra, sans délai, adresser à l'Institution le bulletin de radiation et, le cas échéant, la carte de tiers-payant qui lui a été délivrée.

Dans le cas où ces opérations n'auraient pas été effectuées à temps, l'Institution se réserve le droit de réclamer le remboursement des sommes indûment versées.

ARTICLE 9 - ASSIETTE ET TAUX DE COTISATION

L'assiette de cotisation est exprimée en pourcentage du salaire brut déclaré à l'URSSAF par l'Adhérent dans les limites suivantes :

- salaire minimum pris en compte : 70 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale,
- salaire maximum pris en compte : 130 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Les taux de cotisation sont fixés comme suit :

RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	
Structure de cotisation	Tranches A et B
Cotisation « Salarié seul »	1,92 %
Cotisation « Couple »	3,80 %
Cotisation « Famille »	5,92 %

RÉGIME ALSACE-MOSELLE DE SÉCURITÉ SOCIALE	
Structure de cotisation	Tranches A et B
Cotisation « Salarié seul »	1,17 %
Cotisation « Couple »	2,35 %
Cotisation « Famille »	3,65 %

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

À compter du 1^{er} septembre 2011, la cotisation fixée pour le personnel en activité inclut le financement du dispositif de portabilité mis en place à compter de cette même date, dispositif exposé à l'article 19.1.

ARTICLE 10 - MODIFICATION DE LA LÉGISLATION OU DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

En cas de changement de la législation ou de la réglementation de la Sécurité sociale, les garanties et les taux de cotisation peuvent être révisés. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, le montant des prestations et leurs modalités de calcul, déterminés sur la base du présent contrat, demeureront inchangés.

ARTICLE 11 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les 10 premiers jours de chaque trimestre civil.

Chacun des paiements doit être accompagné de la déclaration trimestrielle mentionnant le nombre de participants à la fin du trimestre civil concerné et les éléments servant de base au calcul de la cotisation pour la période concernée.

En cas d'affiliation ou de radiation en cours de mois, les cotisations sont versées au prorata du nombre de jours d'affiliation.

L'Adhérent est le seul responsable du paiement des cotisations, y compris des parts salariales mensuelles

précomptées sur les salaires. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues sur appel de l'Institution.

ARTICLE 12 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

À défaut du paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure de paiement chiffrée par Malakoff Médéric Prévoyance est adressée à l'Adhérent par lettre recommandée. En cas de non paiement dans les 40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, l'Institution entamera une procédure contentieuse pour le recouvrement des dites cotisations.

ARTICLE 13 - BORDEREAU NOMINATIF ANNUEL

L'Adhérent fait parvenir à l'Institution à la fin de chaque exercice, au plus tard au 31 janvier suivant, la liste de son personnel participant, précisant notamment pour chacun : nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et date de sortie dans l'exercice, assiette des cotisations.

L'Adhérent tient ses états de personnel à la disposition de l'Institution pour consultation éventuelle.

ARTICLE 14 - PRESTATIONS

L'Institution n'intervient pas sur les actes n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, sauf indications contraires mentionnées au tableau de garantie figurant au titre II.

Toutefois, le poste « Médecine douce », qui correspond à des spécialités médicales non remboursées par la Sécurité sociale, peut être pris en charge par l'Institution selon la liste et les réserves suivantes :

- ostéopathie et chiropratique : le praticien doit être titulaire d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à la spécialité concernée, délivré par un établissement de formation agréé par le ministère chargé de la santé ou validé en France s'il a été délivré à l'étranger, dans le respect des lois et décrets qui régissent ces professions ;
- étioopathie, acupuncture : le praticien doit être reconnu professionnellement et habilité à réaliser de tels actes ;
- psychomotricité : les actes doivent faire l'objet d'une prescription médicale.

Le nombre de séances remboursées au titre du poste « Médecine douce » est un nombre fixe annuel par bénéficiaire, utilisable au titre d'une seule spécialité ou de spécialités différentes.

Le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du montant de base du remboursement de la Sécurité sociale 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 facturé, en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale, aux bénéficiaires, tels que définis à l'article 6 du présent contrat.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie, la date des soins retenue par la Sécurité sociale faisant foi.

Les prestations sont accordées aux participants résidant habituellement en France. Les frais engagés d'une manière occasionnelle à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale.

En cas de litige entre le participant et la Sécurité sociale, l'Institution se conforme à la position de cet organisme.

ARTICLE 15 - LIMITE DES REMBOURSEMENTS

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, la contribution forfaitaire, et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement de la part de l'Institution conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale.

Le total des remboursements de l'Institution, de la Sécurité sociale et 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 à l'article 14 des Conditions générales.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 16 - FORMALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les formalités à accomplir par le participant pour obtenir une prestation sont indiquées dans la Notice d'information remise à chaque participant, par l'Adhérent.

Les demandes de prestations doivent être adressées à l'Institution dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date des soins.

ARTICLE 17 - CONTRÔLE MÉDICAL

L'Institution se réserve le droit de faire procéder à un contrôle médical de tout bénéficiaire demandant des prestations notamment en matière d'art dentaire ou d'optique.

En cas de refus d'un bénéficiaire de répondre à ce contrôle, le paiement des prestations sera refusé.

En cas de contestation de la décision de l'Institution, le participant devra, sous peine de déchéance, adresser dans les 30 jours suivant la notification une lettre recommandée mentionnant le nom du médecin chargé de le représenter dans une entrevue amiable avec le médecin de l'Institution.

En cas de désaccord, il sera formé une Commission d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le Président du Tribunal de grande instance de la résidence du participant, 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.

ARTICLE 18 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Le bénéfice des garanties est suspendu de plein droit pour les participants dont le contrat de travail est suspendu et pour leur famille. Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du participant concerné, ni aucune prestation. La suspension intervient à la date de suspension du contrat de travail.

Toutefois, en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération ou indemnisation (maintien total ou partiel de salaire, indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'Association adhérente), notamment en cas d'arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale, congé de maternité ou de paternité, la garantie est maintenue moyennant le versement par l'Association des cotisations correspondantes sur la base du dernier salaire d'activité (hors primes et éléments exceptionnels de rémunération).

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail la garantie peut être maintenue à la demande du participant, moyennant le versement des cotisations correspondantes sur la base du dernier salaire d'activité (hors primes et éléments exceptionnels de rémunération).

En cas de changement de garantie, ces participants sont couverts selon les nouvelles modalités contractuelles. En tout état de cause, la garantie cesse de s'appliquer en cas de cessation d'appartenance à l'Association et en cas de résiliation du contrat Frais de santé souscrit par l'Association.

Dans le cas où la garantie est suspendue, le participant sera à nouveau garanti dès la reprise effective du travail dans l'Association sous réserve que l'organisme assureur soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. Dans le cas contraire, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la date de réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'Association.

ARTICLE 19 - MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

19.1 Portabilité - Maintien au titre du contrat collectif

Les dispositions qui suivent s'appliquent pour les ruptures de contrat de travail prenant effet (date de fin de préavis même non effectué) à compter du 1^{er} septembre 2011.

Le salarié dont le contrat de travail est rompu (sauf hypothèse de faute lourde) et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, peut bénéficier du maintien des garanties, sous réserve :

- que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur (l'Adhérent),
- d'avoir justifié auprès de l'Adhérent de la prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- que l'Adhérent ait adressé sous 20 jours la demande nominative de maintien des garanties, contresignée par l'ancien salarié, mentionnant notamment la période prévisible de maintien (à défaut, l'affiliation du participant cesse de plein droit à la date de rupture du contrat de travail).

L'ancien salarié peut renoncer à ce maintien, en le notifiant expressément par écrit à son ancien employeur, dans les 10 jours suivant la cessation du contrat de travail.

Le maintien ou le renoncement porte sur l'ensemble des garanties de prévoyance complémentaire dont le salarié bénéficie à la date de rupture du contrat de travail, sans dissociation possible relative aux garanties (prévoyance et frais de santé). Les ayants droit bénéficient également du dispositif.

Les évolutions de garanties, tant à la hausse qu'à la baisse, sont opposables aux anciens salariés dans les mêmes conditions qu'aux salariés en activité.

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la cessation du contrat de travail ; sa durée est égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de 9 mois (le contrat doit donc avoir eu une durée minimale de 30 jours), tant que les conditions d'ouverture des droits continuent d'être remplies.

Le maintien cesse à la date :

- de reprise d'une nouvelle activité rémunérée, que celle-ci ouvre droit ou non à des garanties complémentaires frais de santé, dès lors que cette reprise met fin à l'indemnisation du régime d'assurance chômage ;
- de cessation du paiement des allocations du régime d'assurance chômage (notamment en cas de retraite, radiation des listes du Pôle Emploi, décès) ;
- à laquelle cesse la justification de l'indemnisation chômage (cas du manquement par l'ancien salarié à son obligation de fourniture des justificatifs auprès de l'Institution ou de l'employeur) ;
- de la résiliation de l'adhésion de l'entreprise.

Le financement du dispositif de portabilité est inclus dans la cotisation des salariés en activité, selon le principe de la mutualisation des risques.

Il appartient à l'employeur d'informer le salarié de son droit à portabilité, dans les conditions de forme et délais prévus par la convention collective.

Le participant s'engage en outre à fournir mensuellement l'attestation de paiement des allocations Chômage à l'Institution. L'Institution peut ponctuellement, notamment lors du traitement d'une demande de remboursement, demander cette pièce justificative.

19.2 Adhésion individuelle

Les anciens salariés bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement à la suite d'un licenciement et les éventuels ayants droits du participant décédé peuvent souscrire un contrat individuel sans formalités médicales et sans période probatoire. Ils doivent en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le décès du participant, la garantie individuelle prenant effet au lendemain de la date d'envoi de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

Au cas particulier des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité exposé à l'article 19.1 ci-dessus, pour une durée comprise entre 6 et 9 mois, le terme du délai pour demander une adhésion individuelle est reporté à l'expiration de la période de portabilité.

ARTICLE 20 - CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION

La résiliation, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties pour tous les participants, qu'ils soient en activité ou en arrêt de travail (y compris les invalides non radiés des effectifs), ou qu'ils bénéficient du dispositif de portabilité exposé à l'article 19.1, ainsi que pour tous les ayants-droit bénéficiaires.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, l'Adhérent est débiteur de l'ensemble des cotisations dues avant la date d'effet de la résiliation.

ARTICLE 21 - PRESCRIPTION

Les actions relatives au présent 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où Malakoff Médéric Prévoyance 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.**

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

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

ARTICLE 22 - SUBROGATION

L'Institution est subrogée jusqu'à concurrence des prestations qu'elle a versées dans les droits et actions du participant contre les tiers responsables.

ARTICLE 23 - INFORMATION DES PARTICIPANTS

L'Adhérent est tenu de remettre à chaque participant une Notice d'information, rédigée par l'Institution précisant les prestations prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur, les limitations de garantie ainsi que les formalités à accomplir.

L'Adhérent est tenu d'informer par écrit les participants de toute modification de leurs droits et obligations.

La preuve de la remise de la Notice au participant et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérent.

ARTICLE 24 - CONTRÔLE - RÉCLAMATION

L'Institution est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution- 61 rue Taitbout 75009 Paris.

En cas de difficultés dans l'application du contrat, l'entreprise ou les bénéficiaires doivent en priorité formuler leur réclamation auprès de l'Institution :

- pour l'entreprise : reclamation-entreprise@malakoffmederic.com
ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises - 21 rue Laffitte 75009 Paris,
- pour les bénéficiaires : reclamation-particulier@malakoffmederic.com
ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers - 21 rue Laffitte 75009 Paris

Si un différend persistait après réponse de l'Institution et sans préjudice du droit d'agir en justice, l'entreprise et les bénéficiaires peuvent s'adresser au Médiateur du Centre Technique des Institutions de prévoyance (CTIP), à l'adresse suivante : 10 rue Cambacérès – 75008 Paris. Ce médiateur peut être saisi uniquement après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à l'Institution, étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence (exemples : résiliation de contrat, augmentation des cotisations).

TITRE II - TABLEAU DE GARANTIES

Les remboursements mentionnés dans le tableau figurant en page suivante intègrent pour certains les prestations de la Sécurité Sociale, en fonction des conditions d'indemnisation de la Sécurité Sociale en vigueur à la date de conclusion de l'Accord conventionnel de prévoyance (ou avenant postérieur). La diminution ultérieure de l'indemnisation de la Sécurité Sociale (régime de base ou régime local) ne sera en aucun cas compensée.

Le total des remboursements de l'Institution, de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales (telles que prévues par la réglementation relative au « contrat responsable ») ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

Dans le cas où le niveau de prestations s'avérerait inférieur à l'obligation minimale de couverture résultant du caractère responsable du contrat, la prestation effectivement versée sera augmentée à due concurrence.

**RÉGIME FRAIS DE SANTÉ DE LA CCN CAUE
PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 1^{er} JANVIER 2014**

ACTES	REMBOURSEMENTS RÉGIME FRAIS DE SANTÉ
HOSPITALISATION	
- Hospitalisation médicale et chirurgicale	Établissement conventionné : 100 % des frais réels ⁽¹⁾ Établissement non conventionné : 85 % des frais réels ⁽¹⁾
- Chambre particulière	100 % des frais réels dans la limite de 45 € par jour d'hospitalisation
- Frais d'accompagnement enfant moins de 16 ans	100 % des frais réels dans la limite de 45 € par jour d'hospitalisation
- Forfait hospitalier	100 % des frais réels
MÉDECINE	
- Consultations, Visites médicales (<i>omnipraticiens, spécialistes, professeurs</i>)	100 % TM + 220 % BR
- Frais de déplacement médecin	100 % TM
- Radiologie	100 % TM + 220 % BR
- Auxiliaires médicaux	100 % TM + 210 % BR
- Analyses médicales	100 % TM + 210 % BR
- Petite chirurgie et actes de spécialité	100 % TM + 220 % BR
- Orthopédie, Prothèses médicales (<i>hors auditive</i>)	100 % TM + 215 % BR
- Prothèses auditives	100 % TM + 215 % BR dans la limite de 1 525 € / an / bénéficiaire
- Cures thermales (<i>y compris transport et hébergement non remboursés par la SS</i>)	100 % des frais réels ⁽¹⁾ dans la limite de 305 €
- Frais de transport du malade	100 % TM
- Médecine douce ⁽²⁾ : ostéopathie, chiropratique, étioopathie, acupuncture, psychomotricité	25 € par séance limité à 5 séances par an et par bénéficiaire ⁽³⁾
DENTAIRE	
- Soins dentaires	100 % TM + 220 % BR
- Prothèses dentaires (<i>remboursées par la SS</i>)	100 % TM + 220 % BR dans la limite de 1 525 € / an / bénéficiaire
- Prothèses dentaires (<i>non remboursées par la SS : Prothèses sur dents vivantes et céramo-céramique</i>)	100 % des frais réels limités à 269,75 € par dent et dans la limite de 1 525 € / an / bénéficiaire
- Orthodontie remboursée par la SS	100 % TM + 250 % BR dans la limite de 1 525 € / an / bénéficiaire
- Orthodontie non remboursée par la SS	250 % BR reconstituée dans la limite de 1 525 € / an / bénéficiaire
- Implantologie (<i>forfait annuel quel que soit le nombre de dents soignées</i>)	538 € / an / bénéficiaire
PHARMACIE	
- Vignettes blanches, bleues et oranges	100 % TM
- Vaccins non remboursés par la SS	100 % frais réels
OPTIQUE	
- Montures enfants de moins de 18 ans	6 % du PMSS
- Montures adultes et enfants de 18 ans et plus	3,5 % du PMSS
- Verres	selon « grille optique » ci-après dans la limite d'un plafond monture + verres de 600 € tous les 2 ans par bénéficiaire, sauf changement de dioptrie ≥ 0,5 dioptrie
- Lentilles acceptées ou non par la SS	4,5 % PMSS dans la limite de 600 € par an et par bénéficiaire
- Opération au laser / traitements chirurgicaux (<i>myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie</i>)	10 % PMSS / œil
MATERNITÉ	
- Forfait maternité - adoption	385 € / enfant
ACTES DE PRÉVENTION	
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum (SC12)	100 % du TM
- Vaccins DT Polio, tous âges	
- Bilan du langage oral et/ou bilan aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24) : premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans	

⁽¹⁾ Sous déduction des prestations de la Sécurité sociale - ⁽²⁾ Médecine douce : sous les réserves exposées en page 9 - ⁽³⁾ Soit 5 séances au titre de la même spécialité ou 5 séances au titre de spécialités différentes

TM : Ticket Modérateur: Différence entre d'une part le montant de Base de Remboursement de la Sécurité sociale et d'autre part le remboursement de cet organisme, la contribution forfaitaire⁽¹⁾, les franchises médicales⁽²⁾, et l'éventuelle majoration de participation financière⁽³⁾ maintenues à la charge de l'assuré.

⁽¹⁾ instaurée par l'article L.322-2-II du Code de la sécurité sociale - ⁽²⁾ instaurée par l'article L.322-2-III du Code de la sécurité sociale

⁽³⁾ définie aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du Code de la sécurité sociale

BR : Base de remboursement utilisée par le régime de base de la Sécurité sociale - **BR reconstituée** : Base de remboursement de la Sécurité sociale reconstituée - **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date des soins

**RÉGIME FRAIS DE SANTÉ DE LA CCN CAUE
PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 1^{er} JANVIER 2014**

GRILLE DE PRISE EN CHARGE DES VERRES OPTIQUES

	ADULTE après 18 ^e anniversaire		ENFANT avant 18 ^e anniversaire		Descriptif	Garanties	
	Code LPP	Verres teintés	Code LPP	Verres teintés		ADULTE	ENFANT
	ADULTE		ENFANT	Adulte avec prisme incorporé			
Verres simple foyer, sphériques							
Verre simple foyer, de sphère allant de - 6,00 à + 6,00	2203240 2287916	2287916	2261874 2242457	2242457	Unifocaux simple : 1 correction myopie ou hypermétropie Petite et moyenne correction inférieure à 6 dioptries	2 % PMSS	4 % PMSS
Verre simple foyer, de sphère allant de - 6,25 à - 10,00 ou allant de + 6,25 à + 10,00	2282793 2280660 2263459 2265330	2263459	2243540 2243304 2297441 2291088	2297441	Unifocaux simple : 1 correction myopie ou hypermétropie Forte correction comprise entre 6,25 et 10 dioptries	3 % PMSS	5 % PMSS
Verre simple foyer, de sphère située en dehors de la zone - 10,00 à + 10,00	2235776 2295896	2295896	2273854 2248320	2248320	Unifocaux simple : 1 correction myopie ou hypermétropie Très forte correction supérieure à 10 dioptries	3 % PMSS	5 % PMSS
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques							
Verre simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à + 4,00 et de sphère allant de - 6,00 à + 6,00	2259966 2226412	2226412	2200393 2270413	2270413	Unifocaux simple : 2 corrections (myopie + léger astigmatisme) ou (hypermétropie + léger astigmatisme) Petite et moyenne correction inférieure à 6 dioptries	3 % PMSS	5 % PMSS
Verre simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à + 4,00 et de sphère située en dehors de la zone allant de - 6,00 à + 6,00	2284527 2254868	2254868	2283953 2219381	2219381	Unifocaux simple : 2 corrections (myopie + léger astigmatisme) ou (hypermétropie + léger astigmatisme) Forte ou très forte correction supérieure à 6 dioptries	3 % PMSS	5 % PMSS
Verre simple foyer, de cylindre supérieur à + 4,00 et de sphère allant de - 6,00 à + 6,00	2212976 2252668	2252668	2238941 2268385	2268385	Unifocaux simple : 2 corrections (myopie + fort astigmatisme) ou (hypermétropie + fort astigmatisme) Petite et moyenne correction inférieure à 6 dioptries	2 % PMSS	4 % PMSS
Verre simple foyer, de cylindre supérieur à + 4,00 et de sphère située en dehors de la zone allant de - 6,00 à + 6,00	2288519 2299523	2299523	2245036 2206800	2206800	Unifocaux simple : 2 corrections (myopie + fort astigmatisme) ou (hypermétropie + fort astigmatisme) Forte et très forte correction supérieure à 6 dioptries	3 % PMSS	5 % PMSS
Verres multifocaux ou progressifs, sphériques							
Verre multi-focal ou progressif, de sphère allant de - 4,00 à + 4,00	2290396 2291183	2291183	2259245 2264045	2264045	Multifocaux ou progressifs : 2 corrections (myopie + presbytie) ou (hypermétropie + presbytie) Petite correction inférieure à 4 dioptries	4,5 % PMSS	5 % PMSS
Verre multi-focal ou progressif, de sphère située en dehors de la zone allant de - 4,00 à + 4,00	2245384 2295198	2295198	2238792 2202452	2202452	Multifocaux ou progressifs : 2 corrections (myopie + presbytie) ou (hypermétropie + presbytie) Moyenne, forte ou très forte correction supérieure à 4 dioptries	4,5 % PMSS	5 % PMSS
Verres multifocaux ou progressifs, sphéro-cylindriques							
Verre multi-focal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère allant de - 8,00 à + 8,00	2227038 2299180	2299180	2240671 2282221	2282221	Multifocaux ou progressifs : 3 corrections (myopie + astigmatisme + presbytie) ou (hypermétropie + astigmatisme + presbytie) Petite, moyenne ou forte correction inférieure à 8 dioptries	5,5 % PMSS	5 % PMSS
Verre multi-focal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère située en dehors de la zone allant de - 8,00 à + 8,00	2202239 2252042	2252042	2234239 2259660	2259660	Multifocaux ou progressifs : 3 corrections (myopie + astigmatisme + presbytie) ou (hypermétropie + astigmatisme + presbytie) très forte correction supérieure à 8 dioptries	5,5 % PMSS	5 % PMSS



Malakoff Médéric Prévoyance Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale 21 rue Laffitte 75009 Paris
Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Médéric
malakoffmederic.com



HUMANIS Prévoyance Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale
7 rue de Magdebourg 75116 Paris
membre du groupe humanis
humanis.com