

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



malakoff médéric

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE

NOTICE D'INFORMATION N° 5281 - 1^{er} janvier 2014



SOMMAIRE

IMPORTANT	3
DOCUMENT À SIGNER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR	3
PRÉAMBULE	5
OBJET DE LA GARANTIE	7
CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT SOUSCRIT PAR VOTRE ASSOCIATION	7
QUI BÉNÉFICIE DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ ?	7
QUAND LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ PREND-ELLE EFFET ?	8
QUAND ET COMMENT NOUS INDIQUER LES BÉNÉFICIAIRES ?	10
QUELS SONT LES REMBOURSEMENTS ?	10
COMMENT OBTENIR UN REMBOURSEMENT ?	11
CONTRÔLE MÉDICAL	12
PRESCRIPTION	12
SUBROGATION	12
AUTORITÉ DE CONTRÔLE	12
INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	12
ANNEXE	13
PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 1 ^{er} JANVIER 2014	13

IMPORTANT

Document à signer et à remettre
à votre employeur

Je soussigné(e),

reconnais avoir reçu la notice d'information décrivant les garanties Frais de santé souscrites auprès de
Malakoff Médéric Prévoyance par mon employeur :

.....

Ces garanties sont conformes à la Convention collective des Conseils d'architecture, d'urbanisme et
de l'environnement.

A, le

Signature :

PRÉAMBULE

Cette notice d'information, destinée à vous permettre de connaître la garantie frais de santé souscrite par votre association auprès de Malakoff Médéric Prévoyance, comprend deux parties :

- 1 - La présente notice exposant les conditions générales de la garantie frais de santé,
- 2 - Le tableau de garantie exposant les conditions spécifiques de la garantie adoptée par votre association.

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

OBJET DE LA GARANTIE

La présente notice indique les conditions dans lesquelles Malakoff Médéric Prévoyance et Humanis Prévoyance, institutions de prévoyance régies par le Code de la sécurité sociale, **vous assurent ainsi qu'à votre famille, conformément au titre VIII de la Convention Collective Nationale des Conseils d'Architecture, d'Urbanisme et de l'Environnement**, et en contrepartie de cotisations, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité. La nature et le niveau des prestations sont précisés au tableau de garantie.

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 à hauteur de sa seule quote-part.

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

Pour toutes questions relatives à l'application du présent contrat, vous pouvez contacter Malakoff Médéric Prévoyance. Pour le cas où la réponse ne donnerait pas satisfaction, vous pouvez écrire à :

Malakoff Médéric

Service réclamations particuliers
21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 09
reclamation-particulier@malakoffmederic.com

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée avec Malakoff Médéric Prévoyance, vous pouvez vous adresser au médiateur du CTIP. Ce médiateur peut être saisi uniquement **après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations** propres à Malakoff Médéric Prévoyance. Certains litiges ne relèvent pas de la compétence du médiateur du CTIP (ex : les résiliations de contrat, les augmentations de cotisations ou encore les procédures de recouvrement).

Médiateur du CTIP
10 rue Cambacérès, 75008 PARIS

CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT SOUSCRIT PAR VOTRE ASSOCIATION

Le contrat est régi par la législation et la réglementation en vigueur à sa date d'effet. Il se conformera à l'ensemble de la législation et de la réglementation sur le contrat responsable notamment à l'obligation de prise en charge d'au moins deux actes de prévention, conformément **aux dispositions des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871.2** du Code de la sécurité sociale.

En cas de changement de ce cadre juridique, les garanties seront révisées sans délai. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, le montant des prestations et leurs modalités de calcul, déterminés sur la base de ce contrat, demeureront inchangés. Dès lors, les éventuelles conséquences financières du ou des changement(s) seront mises à la charge de l'association ou des bénéficiaires.

Toutes éventuelles taxes, contributions ou charges qui seraient dues au titre du contrat souscrit par l'association seraient à sa charge ou à votre charge.

QUI BÉNÉFICIE DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ ?

Vous-même

Vous devez être affilié au régime frais de santé ; vous devenez alors membre participant de l'Institution.

Toutefois, l'Accord conventionnel de prévoyance de votre branche professionnelle prévoit limitativement certaines situations autorisant les salariés à bénéficier d'une dérogation d'affiliation (article 5.2 du Régime national de prévoyance complémentaire). Si vous avez bénéficié d'une telle dérogation, vous pouvez revenir sur votre décision à tout moment, et devez en tout état de cause être affilié lorsque les conditions justifiant la dérogation ne sont plus remplies. Votre affiliation prendra effet le 1er jour du mois civil qui suit la réception par l'Institution du formulaire d'affiliation, **et sera alors irrévocable.**

Vos ayants droit

Dès lors que vous êtes affilié au contrat, deviennent également bénéficiaires des garanties, **à titre obligatoire, vos ayants droit**, 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. votre conjoint, non séparé de corps judiciairement, à défaut la personne avec laquelle vous êtes lié par un PACS (pacte civil de solidarité), ou à défaut votre 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 au vôtre. La condition de durée d'un an pour le concubinage est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union.

2. vos enfants, ceux de votre conjoint non séparé de corps judiciairement, ou partenaire lié par un PACS, ou concubin célibataire, veuf ou séparé de corps judiciairement, à votre charge 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.

La détermination de la cotisation

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

- salarié seul,
- couple (si vous n’avez qu’un seul ayant droit, conjoint ou enfant),
- famille (si vous avez plusieurs ayants droit).

QUAND LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ PREND-ELLE EFFET ?

La prise d’effet de la garantie pour vous-même

Vous bénéficiez de la garantie, selon le cas :

- à la date d’effet du contrat si vous êtes présent à cette date,
- à la date d’embauche postérieurement à la date d’effet du contrat,
- au premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande d’affiliation dans le cas où vous aviez demandé à bénéficier d’une dispense d’affiliation.

La prise d’effet de la garantie pour vos-ayants droit

Pour les membres de la famille répondant aux conditions requises (cf. ci-dessus) lors de votre affiliation, les garanties prennent effet à la même date.

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

- si vous êtes affilié selon la structure « famille » : à la date à laquelle l’ayant droit remplit ces conditions, vous demeurez affilié selon la structure « famille »,
- si vous êtes 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’évènement, 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.

La cessation de la garantie

La garantie cesse pour vous-même et votre famille au plus tard :

- à la date de suspension de votre contrat de travail sauf dans le cas prévu au paragraphe ci-dessus,
- à la date de votre radiation des effectifs de l’Association (sauf hypothèse du dispositif de portabilité prévu ci-dessus) ou de la catégorie de personnel affiliée,
- à la date d’expiration de la période de portabilité, dans le cas où vous bénéficiez de ce dispositif, exposé ci-dessus,
- à la date de prise d’effet de la suspension ou résiliation du contrat souscrit par votre employeur.

En dehors des cas prévus ci-dessus, la garantie cesse également pour les membres de votre famille :

- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être bénéficiaires.

La suspension du contrat de travail

Le bénéfice de la garantie est suspendu de plein droit pour les participants dont le contrat de travail est suspendu et pour leur famille. Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n’est due, ni aucune prestation. La suspension intervient à la date de suspension du contrat de travail.

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.

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'Adhérent), 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, le participant est couvert 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.

Le dispositif de portabilité

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'Association),
- d'avoir justifié auprès de l'Association de la prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- que l'Association ait adressé à l'Institution 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.

La garantie individuelle

En cas de radiation des effectifs de l'association, vous avez la possibilité de souscrire un contrat individuel sans délai d'attente ni formalités médicales, ainsi que vos éventuels ayants droit suite à votre décès.

Vous devez en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la date de rupture de votre contrat de travail, ainsi que vos éventuels ayants droit dans les 6 mois qui suivent votre décès, 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 au paragraphe précédent, 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.

QUAND ET COMMENT NOUS INDIQUER LES BÉNÉFICIAIRES ?

Vous devez nous indiquer, grâce aux formulaires mis à votre disposition, les bénéficiaires :

- lors de votre affiliation,
- à chaque modification de votre situation de famille.

Quels documents joindre pour justifier la qualité de bénéficiaire ?

- une photocopie de **l'attestation** jointe à votre carte VITALE,
- une photocopie de **l'attestation** jointe à la carte VITALE pour chacun des bénéficiaires immatriculés personnellement à la Sécurité sociale,
- en cas de concubinage, une **attestation sur l'honneur** ; l'adresse figurant sur les attestations jointes aux cartes vitales doit être identique,
- en cas de PACS, une copie de la convention de PACS,
- pour les enfants de 18 à 26 ou 28 ans, une attestation certifiant que les enfants sont entièrement à votre charge fiscalement ou qu'ils sont non imposables, ainsi que :
 - un **certificat de scolarité** ou photocopie du **contrat d'apprentissage ou du contrat de professionnalisation**,
 - ou l'attestation d'inscription au Pôle Emploi.
- pour les enfants handicapés, une photocopie de la **carte d'invalidité** et de la **notification de la MDPH**.

En cas d'absence d'un de ces documents, les bénéficiaires concernés ne pourront pas être inscrits à la garantie frais de santé.

QUELS SONT LES REMBOURSEMENTS ?

La nature et le niveau des garanties sont précisés dans le tableau de garantie.

Les remboursements sont accordés pour les actes médicaux pris en charge par la garantie et relatifs à un accident, une maladie ou une maternité ayant donné lieu à remboursement de la Sécurité sociale pendant la période de garantie, la date de soins figurant sur le décompte de prestations de cet organisme faisant foi.

Malakoff Médéric Prévoyance 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.

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.

Les prestations de Malakoff Médéric Prévoyance sont calculées en fonction de la codification des actes médicaux et du montant de base du remboursement de la Sécurité sociale et tiennent compte de la législation sociale 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 prestations de cet organisme ou celui facturé aux bénéficiaires, en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Les frais engagés d'une manière occasionnelle à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale.

Si vous avez un litige avec la Sécurité sociale, Malakoff Médéric Prévoyance se conformera à la position de cet organisme.

Quelles sont les limites des remboursements ?

Conformément à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale, le contrat souscrit par votre association ne prend pas en charge :

1. la contribution forfaitaire,

2. la majoration de la participation financière correspondant à la baisse du taux de remboursement de la Sécurité sociale en cas de non respect du parcours de soins ou de refus du patient d'accorder l'accès à son dossier médical personnalisé,

3. les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pratiqués par un médecin spécialiste consulté sans prescription préalable du médecin traitant, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,

4. les franchises médicales instituées à l'article L 322-2-III du Code la sécurité sociale.

Les points 2 et 3 constituent les pénalités financières appliquées hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel.

Le total des remboursements de Malakoff Médéric Prévoyance, 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.

COMMENT OBTENIR UN REMBOURSEMENT ?

Pour obtenir votre premier remboursement, votre demande d'affiliation doit nous avoir été adressée par votre association.

Traitement automatique des remboursements (NOÉMIE)

Pour vous-même et les membres de votre famille indemnisés sous votre numéro de Sécurité sociale, il existe une procédure de traitement automatique des remboursements (NOÉMIE). Grâce à NOÉMIE, vous n'avez rien à adresser à Malakoff Médéric Prévoyance, sauf demande expresse de cette dernière, dès lors que vous avez adressé une demande de remboursement à la Sécurité sociale.

Dès que la Sécurité sociale aura traité votre feuille de soins, elle nous adressera par voie informatique les données qui nous permettront d'effectuer immédiatement notre remboursement complémentaire.

Vous recevrez de la Sécurité sociale un décompte sur lequel sera indiquée la mention «décompte transmis à votre mutuelle» ou une formule similaire. Il est inutile de nous envoyer ce décompte.

Traitement manuel des remboursements

Tout décompte ne comportant pas cette mention devra nous être transmis pour remboursement.

Si, pour procéder à notre remboursement, nous avons besoin d'une facture (optique, prothèse dentaire...), nous vous la réclamerons. Vous n'avez rien à nous adresser sans demande de notre part.

Si vous n'avez pas adressé de demande de remboursement à la Sécurité sociale, par exemple parce que vous n'avez acquitté que le ticket modérateur, vous devez nous adresser votre reçu des sommes acquittées pour que nous procédions à leur remboursement.

Si, en changeant de domicile, vous changez de Caisse Primaire d'Assurance Maladie, vous devez nous adresser photocopie de votre nouvelle attestation de carte Vitale pour continuer à bénéficier de cette procédure.

Cas des membres de votre famille ayant leur propre numéro de Sécurité sociale

Pour les membres de votre famille ayant leur propre numéro de Sécurité sociale, vous devrez déclarer sur la demande d'affiliation si ces derniers sont affiliés ou non à une mutuelle. En effet, notre intervention diffère selon leur situation :

- s'ils sont affiliés à une mutuelle, ils bénéficieront éventuellement d'un remboursement surcomplémentaire auprès de Malakoff Médéric Prévoyance après remboursement de la mutuelle et au vu du décompte qui leur aura été adressé par celle-ci,
- s'ils ne sont pas affiliés à une mutuelle, ils bénéficieront de la garantie de Malakoff Médéric Prévoyance et de la procédure NOEMIE dans les mêmes conditions que vous.

Dans le cas où votre conjoint, votre concubin ou un enfant à charge relève d'un régime particulier tel que :

- régime étudiant,
- régimes de la fonction publique,
- régimes spéciaux des travailleurs non salariés,
- régime minier,

il est nécessaire de nous adresser les décomptes de prestations de ces organismes ou de la mutuelle dont ils pourraient bénéficier en complément, pour que Malakoff Médéric Prévoyance puisse intervenir à titre complémentaire ou surcomplémentaire.

Comment bénéficier du tiers payant ?

Pour ne pas faire l'avance des frais de santé pour des actes pouvant donner lieu à tiers payant tels les frais occasionnés en cas d'hospitalisation en établissement conventionné, les dépenses médicales engagées auprès des professionnels de santé avec lesquels nous avons passé convention, utilisez la Carte Santé qui vous a été adressée.

La Carte Santé vous permet d'éviter d'avancer totalement ou partiellement les frais dans les cas et dans les limites indiqués sur votre carte.

Que faire lors de la pose d'une prothèse dentaire ?

Si les dépenses prévues sont élevées, nous vous conseillons de faire établir un devis par votre chirurgien dentiste et de l'adresser à Malakoff Médéric Prévoyance avant le début des travaux.

CONTRÔLE MÉDICAL

Malakoff Médéric Prévoyance 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 Malakoff Médéric Prévoyance, vous devez, sous peine de déchéance, adresser dans les 30 jours suivant la notification une lettre recommandée mentionnant le nom du médecin chargé de représenter le bénéficiaire 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 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.

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 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).**

SUBROGATION

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

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Malakoff Médéric Prévoyance est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 61 rue Taitbout 75009 Paris.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression, de toute information vous concernant figurant dans les fichiers de l'Institution et des éventuels mandataires intervenant dans la gestion ou l'exécution du contrat.

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

Les courriers sont à adresser à :

Malakoff Médéric

Pôle Informatique et Libertés

21 rue Laffitte – 75317 Paris cedex 09

ou par e-mail : sgil@malakoffmederic.com

ANNEXE

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ DE LA CCN CAUE PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 1 ^{er} JANVIER 2014	
ACTES	REMBOURSEMENTS RÉGIME FRAIS DE SANTE
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 remboursées 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 \geq 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
www.humanis.com