

MALAKOFF HUMANIS COURTAGE

Tél : 0 811 744 444 (Service 0,06€/min. + prix appel)
 E-mail : production.rpsud@malakoffhumanis.com
 TSA 20002
 78075 ST QUENTIN YVELINES CEDEX



Apporteur : V03382
 CLASS ASSURANCES
 22 AVENUE DES MONDAULTS
 33270 FLOIRAC
 Tél. : 05.57.77.29.29

CFA 35 DES PREPARATEURS EN PHARM
 55 B RUE DE RENNES
 35510 CESSON SEVIGNE

N° ORIAS : 07001783-WWW.ORIAS.FR
N° Client : 557848
Contrat n° : 003023671586000
 ENSEMBLE DU PERSONNEL

Paris, le 21 octobre 2021

Lettre Avenant annexée à votre contrat dont elle fait partie intégrante

Votre contrat Santé N° 003023671586000

OBJET

L'objet de cette lettre avenant est de modifier à effet du 1^{er} janvier 2022 :

- les cotisations de votre contrat ;
- certaines dispositions de votre contrat liées à des évolutions législatives et réglementaires et de nos règles de gestion. Celles-ci sont mentionnées dans la partie « modifications du contrat » de la lettre avenant et valent additif à la notice d'information.

COTISATIONS

A compter du 1^{er} janvier 2022, les cotisations toutes taxes comprises de votre contrat sont égales à :

	Plafond SS
● ENS PERSON	2,9300 %

AUTRES DISPOSITIONS

Les autres dispositions de votre contrat demeurent inchangées.
 Si votre contrat a été souscrit depuis au moins un an, nous vous rappelons que vous disposez du droit à le résilier à tout moment. D'autre part, si votre contrat permet à vos salariés de s'affilier à titre facultatif, ils bénéficient également de ce droit.

VOS OBLIGATIONS D'INFORMATION

Nous attirons votre attention sur l'obligation qui vous incombe de porter à la connaissance des salariés assurés, les modifications apportées à leurs droits et obligations. A cet effet, vous trouverez ci-dessous l'additif au contrat valant additif à la notice d'information.

Fait à Paris, le 21 octobre 2021

Pour MALAKOFF HUMANIS COURTAGE

Hélène Martrenchard
Directrice de la souscription

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'H' followed by a long horizontal stroke that curves upwards at the end.



Raison sociale : CFA 35 DES PREPARATEURS EN PHARM
 N° Entreprise : 557848
 N° Contrat : 003023671586000

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ MODIFICATIONS DU CONTRAT VALANT ADDITIF A LA NOTICE D'INFORMATION ÉVOLUTIONS DU CONTRAT AU 1^{er} JANVIER 2022

PORTABILITE : FORMULAIRE EN LIGNE DE DEMANDE DE MAINTIEN DES GARANTIES

Les dispositions du contrat relatives aux modalités de demande de portabilité sont complétées de la façon suivante :

Le salarié effectue sa demande de maintien de garanties via le formulaire mis à sa disposition sur son Espace Client. Les justificatifs de prolongation de droits à la portabilité seront à transmettre chaque mois selon les mêmes modalités.

Lorsque la gestion est déléguée à un tiers par le groupe Malakoff Humanis, cette clause n'est pas applicable.

DENONCIATION DE L'AFFILIATION ET RESILIATION DU CONTRAT

Les dispositions du contrat relatives à la résiliation et la dénonciation sont complétées de la façon suivante :

Si le contrat est à adhésion facultative, l'assuré peut dénoncer son affiliation (et par conséquent celle de l'ensemble de ses ayants droit), selon les mêmes modalités que celles prévues en cas de résiliation du contrat :

- dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information ou de la notice additive établie en cas de modification apportée à leurs droits et obligations,
- au plus tard le 31 octobre de la première année d'affiliation (effet : au 31 décembre minuit),
- à tout moment, à compter d'un an d'affiliation au contrat. (effet : un mois de date à date à compter de la réception)

Lorsque le contrat est résilié, le souscripteur, ou le cas échéant dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative l'assuré, **ne sont redevables que de la partie de cotisation correspondante à la période pendant laquelle le risque est couvert.** Cette période est calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

Si une fraction de cotisation s'avère avoir été payée d'avance, celle-ci est alors remboursée.

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL REMUNEREE

Les dispositions relatives à la suspension du contrat de travail sont complétées comme suit :

Les garanties continuent à s'appliquer aux assurés dont le contrat de travail est suspendu, s'ils sont :

- bénéficiaires d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement versé par le souscripteur,
- en arrêt de travail, indemnisés à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que le souscripteur finance au moins pour partie.

Si les cotisations sont calculées en fonction du salaire tel que défini au contrat, les dispositions relatives à la base de calcul des cotisations sont complétées comme suit :

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties, la base de calcul des cotisations est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail.

Toutefois, ces dispositions ne remettent pas en cause l'éventuelle exonération de cotisations prévue aux Conditions particulières.

PIECES JUSTIFICATIVES

Les dispositions relatives aux pièces justificatives sont modifiées de la façon suivante :

Sous réserve que les garanties soient souscrites, le paiement des prestations peut être subordonné à la fourniture de pièces justificatives listées dans le tableau ci-dessous.

Le délai de remboursement prévu au contrat ne court qu'à compter de la réception complète des pièces qui auront été demandées par l'organisme assureur.

Toute somme versée à tort sera réclamée par l'organisme assureur.

Par ailleurs, ce dernier se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires, avant ou après paiement des prestations.

Ces pièces justificatives sont nécessaires dans les deux cas ci-dessous :

✓ **Pour la liquidation de certains actes complexes :**

Lorsque le niveau de prise en charge ne peut être identifié sans la communication de codes détaillés de la nomenclature de la Sécurité sociale, l'organisme assureur appliquera le niveau minimum prévu pour le code regroupé de cette nomenclature. Toutefois, si les pièces demandées sont transmises dans les deux ans de la date des soins, l'organisme assureur procédera à la régularisation à hauteur des garanties.

✓ **Pour la liquidation de la totalité des actes couverts par le contrat, ponctuellement à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude :**

Si l'assuré ne transmet pas les pièces justificatives demandées par l'organisme assureur avant ou après le paiement des prestations, il s'expose à une annulation de sa prise en charge. L'assuré devra restituer le montant des prestations indument versées.

Domaine de prise en charge	Justificatifs à fournir sur demande de l'assureur
Traitement par Noémie	
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none">• Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés• Justificatif de la demande de la chambre particulière par l'assuré et de son montant• Le cas échéant, le devis accepté par l'assuré avec les dépassements d'honoraires pour les actes médicaux
Cure thermale	<ul style="list-style-type: none">• Facture acquittée et détaillée mentionnant l'ensemble des dépenses y compris les frais de transport et d'hébergement
Optique	<ul style="list-style-type: none">• Devis détaillé et accepté par l'assuré• Facture détaillée et acquittée• Le cas échéant, prescription médicale initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue• Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'opticien
Dentaire	<ul style="list-style-type: none">• Devis détaillé et accepté par l'assuré• Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés

Aide auditive	<ul style="list-style-type: none"> • Devis détaillé et accepté par l'assuré • Facture détaillée et acquittée par l'assuré • Le cas échéant, prescription médicale • Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'audioprothésiste
Maternité	<ul style="list-style-type: none"> • Photocopie du livret de famille ou acte de naissance
Adoption	<ul style="list-style-type: none"> • La copie du jugement d'adoption plénière

Traitement hors Noémie	Justificatifs à fournir dans tous les cas
Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.
Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état¹ dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI ou RPPS³.
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale ²	<ul style="list-style-type: none"> • Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée et précisant le nom du produit

¹Les **acupuncteurs** doivent être des médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'Etat appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire.

²Liste des pharmacies autorisées à vendre sur internet : <http://www.ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search>

³**RPPS** : répertoire partagé des professionnels de santé

TIERS PAYANT

Les dispositions du contrat relatives au tiers payant sont modifiées de la façon suivante :

La mise en œuvre du tiers payant

Le contrat permet à l'assuré et à ses ayants droit de bénéficier du tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Pour que le tiers payant s'applique il est nécessaire que le professionnel de santé soit partenaire de l'opérateur de tiers payant de l'organisme assureur et que l'ensemble des pièces justificatives demandées par l'organisme assureur soient fournies.

Sans remettre en cause les dispositions spécifiques au contrat responsable et au 100 % santé, les situations suivantes ne permettent pas de réaliser le tiers payant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale :

- le défaut de consentement écrit de l'assuré à la transmission de données détaillées de la nomenclature de la Sécurité sociale relatives à l'acte ou au dispositif médical via le professionnel de santé. Il est précisé que ces données sont nécessaires au calcul et au contrôle du remboursement des garanties souscrites.
- l'application par le professionnel de santé, de tarifs analysés comme excessifs par rapport aux prix les plus fréquents constatés sur le marché (supérieurs à 80% des prix constatés) pour l'équipement délivré.

Dans les cas cités ci-dessus, le bénéficiaire devra avancer une partie des frais et envoyer la demande complétée des pièces justificatives mentionnées au contrat à l'organisme assureur afin d'être remboursé à hauteur des garanties souscrites.

Spécificité du tiers payant pour le « 100% Santé » :

Dans le cadre du « 100% Santé », le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et audio sans reste à charge, c'est à dire à hauteur des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation définis réglementairement.

La carte de tiers payant et sa version dématérialisée

L'organisme assureur adresse une carte de tiers payant qui mentionne notamment :

- le numéro d'adhérent/identifiant de l'assuré lui permettant de se connecter à son espace client pour consulter ses remboursements ou fournir des pièces justificatives,
- les coordonnées de l'organisme assureur.

A compter du jour où les garanties cessent, l'assuré et ses éventuels ayants-droit ne doivent plus utiliser leur carte de tiers payant et doivent en informer les professionnels de santé auprès desquels leur carte aurait été enregistrée (exemple : Pharmacien).

Si des versements sont effectués à tort par l'organisme assureur auprès des professionnels de santé, l'assuré devra les rembourser.

La carte de tiers payant peut également être consultée ou téléchargée par l'assuré sous format dématérialisé depuis son Espace client (accessible sur PC, tablette, smartphone ou application mobile).

Cette version dématérialisée étant le strict reflet des droits de l'assuré et de ses bénéficiaires au jour du téléchargement, elle doit être présentée en priorité au professionnel de santé.

FORFAIT PATIENT URGENCE

Le lexique des conditions générales est complété de la façon suivante :

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a prévu la mise en place du forfait patient urgences pour les passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

Désormais, la facturation est modifiée et fixée forfaitairement quels que soient les actes et soins médicaux. Le remboursement est réalisé dans les mêmes conditions que l'était celui du ticket modérateur.

OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR ET DSN

Les dispositions relatives aux obligations d'informations du souscripteur sont modifiées de la façon suivante :

Obligations générales

Le souscripteur doit :

- adresser à l'organisme assureur un exemplaire du contrat dûment signé,
- s'acquitter de la cotisation,
- s'engager à remettre à chacun de ces salariés la notice d'information ainsi que l'imprimé leur permettant de changer de bénéficiaires et, le cas échéant un bulletin de choix d'options si cela est prévu aux conditions particulières ;
- transmettre les pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations dans les délais prévus au contrat.

Obligations déclaratives

Le souscripteur s'engage à utiliser la fiche de paramétrage DSN transmise par l'organisme assureur et à corriger les anomalies de la DSN relevées dans le Compte Rendu Métier (CRM) mis à sa disposition.

Les éléments ci-dessous mentionnés doivent être fournis par les flux mensuels DSN.

A défaut, sur demande de l'organisme assureur, le souscripteur fournit les informations comme indiqué ci-dessous.

A la souscription du contrat

Le souscripteur doit adresser à l'organisme assureur dans un délai maximum de trente jours après la date d'effet du contrat :

- la liste nominative du personnel assurable avec indication pour chaque intéressé de ses nom, prénom, année de naissance, de sa situation de famille.

La liste précitée doit impérativement indiquer :

- si le contrat de travail est suspendu, avec indication de la date d'effet de la suspension et du motif,
- si l'assuré exerce son activité avec réduction d'horaire pour raison de santé,
- si l'assuré bénéficie du dispositif « cumul emploi-retraite ».
- si les anciens salariés bénéficient d'un maintien de leurs droits à un contrat collectif au titre de la portabilité.

- les formulaires individuels d'affiliation doivent être régularisés par la totalité des personnes répondant à la définition des personnes assurables à la date d'effet du contrat.

En cours de contrat

Le souscripteur doit déclarer les mouvements de ses effectifs entrants et sortant dans la catégorie assurée et signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des assurés.

Les éléments ci-dessous mentionnés doivent être fournis par les flux mensuels DSN.

A défaut de déclaration par les flux DSN, le souscripteur doit dans un délai de trente jours après la date de l'événement :

- transmettre à l'organisme assureur, à la fin de chaque exercice civil et au plus tard au 31 janvier suivant, la liste nominative du personnel assuré précisant : leurs nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice et la base de calcul des cotisations et assiette de cotisations individualisée,
- informer de la suspension des contrats de travail des salariés éligibles au maintien des garanties,
- informer de la rupture des contrats de travail et du motif de celle-ci pour les salariés éligibles au maintien des garanties prévues « En cas de cessation du contrat de travail (portabilité) »,
- informer du décès de ses salariés
- s'assurer que les formulaires individuels d'affiliation soient régularisés par la totalité des nouvelles personnes répondant à la définition des personnes assurables,
- signaler les modifications de situation professionnelle et familiale des assurés.

Si les éléments d'affiliation ne sont pas transmis à l'organisme assureur dans le délai de trente jours après la date de l'événement ou s'ils sont incomplets, l'affiliation ne prend effet qu'après l'accord exprès de l'organisme assureur et à compter de la date prévue dans celui-ci.

Le souscripteur doit informer immédiatement l'organisme assureur afin de maintenir, d'adapter ou de résilier le contrat en cas de circonstances nouvelles, conformément aux dispositions contractuelles prévues en cas d'évolution du risque assuré.

FORMALITES D'AFFILIATION

Dans certains cas, les données nécessaires à l'affiliation ne sont pas transmises par la DSN (le choix d'option par le salarié et la déclaration des ayants droit etc...).

Sur demande de l'organisme assureur, les personnes assurables doivent alors accomplir les formalités d'affiliation suivantes :

- le cas échéant transmettre les formulaires individuels d'affiliation signés,
- si le contrat le prévoit, choisir l'option de garanties.

Les éléments d'affiliation ci-dessus mentionnés doivent être transmis dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation demandée par l'entreprise. La prise d'effet de l'affiliation est fixée conformément aux dispositions du contrat.

