



NOTICE D'INFORMATION

GARANTIE COLLECTIVE FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE DES SALARIÉS RELEVANT DE LA CONVENTION COLLECTIVE DES HÔTELS, CAFÉS, RESTAURANTS

DATE D'EFFET: 1^{ER} JANVIER 2020

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
<hr/>	
LES POINTS CLÉS DE VOTRE GARANTIE	7
Où adresser vos demandes portant sur votre affiliation et vos prestations ?	7
<hr/>	
BON A SAVOIR: SERVICES ET CONSEILS PRATIQUES	8
Comment s'effectue le règlement des prestations ?	8
Quelles sont les pièces à fournir ?	8
Quels sont les délais de déclaration ?	8
Le décompte de prestations	9
L'espace «assurés» du portail www.cofacility.fr.....	9
Noemie : pour des remboursements plus rapides	9
Comment obtenir la carte de tiers payant?	9
Quelles sont les précautions à prendre avant d'engager une dépense sur un poste onéreux ?	10
Comment obtenir une prise en charge ?	10
<hr/>	
TABLEAU DES GARANTIES	11
<hr/>	
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	13
<hr/>	
BÉNÉFICIAIRE – AFFILIATION & EFFET DES GARANTIES	13
Qui est bénéficiaire ?	13
Quelles sont les modalités d'affiliation à la garantie frais de santé ?	13
Quand les garanties prennent-elles effet ?	13
<hr/>	
SUSPENSION – CESSION	14
Dans quelles conditions les garanties sont-elles suspendues ?	14
Dans quelles conditions les garanties cessent-elles ?	14
<hr/>	
MAINTIEN DES GARANTIES	14
Maintien des garanties à titre individuel en cas de cessation du contrat de travail	14
Maintien des garanties pour les anciens salariés indemnisés par le régime assurance chômage	14
<hr/>	
CARACTÉRISTIQUES DES GARANTIES	15
Contrat responsable et couverture minimale	15
Frais de santé pris en charge	19
Principe indemnitaire	19
Territorialité	19
Expertise médicale	20
Quels sont les délais de prescription ?	20

AUTRES DISPOSITIONS	20
Subrogation	20
Contrôle des institutions	20
Quels sont vos droits d'accès, de rectification et de réclamation ?	20
LEXIQUE	24
ANNEXE	26
MEMO	29
RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES INDIVIDUEL	30

DOCUMENT À COMPLÉTER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR

En qualité de salarié de la société,

Je soussigné(e),

reconnais avoir reçu la notice d'information frais de santé dans le cadre du contrat collectif obligatoire de l'ensemble des salariés relevant de la Convention Collective des Hôtels, Cafés, Restaurants.

À le

Signature

IMPORTANT

INTRODUCTION

Votre entreprise relève de la Convention collective nationale des Hôtels, Cafés, Restaurants.

Les partenaires sociaux de votre Branche professionnelle ont instauré, par accord collectif du 6 octobre 2010, un régime conventionnel de frais de santé au plan national, au bénéfice de l'ensemble du personnel relevant du champ d'application de la Convention collective nationale visée ci-dessus.

Les coassureurs suivants proposent un contrat d'assurance respectant les dispositions de l'Accord de Branche :

- **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, ayant son siège 21 rue Laffitte, 75009 PARIS - N° Siren 775 691 181, apériteur du contrat,
 - **KLEISIA Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la sécurité sociale, ayant son siège social 4 rue Georges Picquart 75017 PARIS,
 - **AUDIENS Prévoyance**, Institution de prévoyance, relevant du Code de la sécurité sociale, ayant son siège social 74 rue Jean Bleuzen, 92170 VANVES.
- Les coassureurs ont délégué la gestion des affiliations des salariés, ainsi que la gestion des prestations de frais de santé, à :
- **COLONNA FACILITY**, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 490 527 199, ayant son siège social 52 boulevard du Parc 92200 Neuilly sur Seine.
Site administratif: COLONNA FACILITY 41207 ROMORANTIN CEDEX

Pour connaître l'organisme assureur de votre garantie frais de santé vous pouvez vous connecter au site www.hcrsante.fr.

Lors de la mise en place des garanties au sein de votre entreprise, l'Institution à laquelle votre entreprise a adhéré lui a transmis la présente notice d'information, à charge pour elle de la remettre aux salariés bénéficiaires.

LES POINTS CLÉS DE VOTRE GARANTIE

La garantie est collective et obligatoire.

En tant que salarié assuré vous en êtes le seul bénéficiaire.

Pour bénéficier de la garantie, vous devez :

- 1 appartenir à la catégorie de personnel assurée par le contrat souscrit par l'entreprise ;
- 2 être titulaire d'un contrat de travail quelle qu'en soit la nature ;
- 3 relever du régime général de la Sécurité sociale française, ou du régime local « Alsace-Moselle » ou du régime de la Mutualité Sociale Agricole.

Pour plus de précisions sur les dispositions générales reportez-vous à la page 13 et suivantes de la présente notice.

**Pour plus d'informations sur
le contrat HCR Santé
connectez-vous à
www.hcrsante.fr**



OÙ ADRESSER VOS DEMANDES PORTANT SUR VOTRE AFFILIATION ET VOS PRESTATIONS ?

Pour toute demande de renseignements portant sur les prestations de votre garantie frais de santé, vous pouvez contacter **votre gestionnaire** :

COLONNA
FACILITY

COLONNA FACILITY
41207 ROMORANTIN CEDEX

Site Internet: www.cofacility.fr
e-mail: sante@cofacility.fr

Tél : 02 54 88 38 12
Fax: 02 54 95 90 96
du lundi au vendredi de
de 8 h 30 à 18 h sans interruption

BON A SAVOIR: SERVICES ET CONSEILS PRATIQUES

**Pour une gestion simple, rapide,
éco-responsable adoptez le
«réflexe» internet avec
www.cofacity.fr**

**COMMENT S'EFFECTUE LE RÈGLEMENT
DES PRESTATIONS ?**

Les prestations dues au titre du contrat HCR Santé ne peuvent être versées qu'à l'assuré lui-même.

Après réception de votre dossier complet, le remboursement s'effectue par virement bancaire. Vous devez donc informer COLONNA FACILITY de toutes modifications concernant vos coordonnées bancaires.

Si vous souhaitez vérifier le RIB enregistré par COLONNA FACILITY : connectez-vous à la rubrique «votre compte» de votre espace personnel sur le site www.cofacity.fr

QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR ?

■ Pour les soins courants :

Avec le système NOEMIE, vous bénéficiez du remboursement automatisé grâce au transfert des décomptes entre votre caisse de sécurité sociale et COLONNA FACILITY (télétransmission).

Si vous y avez renoncé au moment de votre affiliation vous devez adresser à COLONNA FACILITY les décomptes originaux de remboursement de la Sécurité sociale ou décomptes téléchargés sur ameli.fr et, le cas échéant, le décompte original d'un autre organisme assureur ayant déjà procédé à un remboursement partiel.

■ En cas d'hospitalisation, adressez :

- la facture acquittée de l'établissement hospitalier mentionnant les frais engagés, la participation de la Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, la codification de l'acte opératoire ;
- le reçu du ticket modérateur indiquant la nature des soins et la participation de la Sécurité sociale

■ Pour l'orthodontie, adressez :

- la facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et de fin de semestre (date de soins devant être comprise pendant la période de couverture) ;

→ la notification éventuelle de refus de prise en charge de la Sécurité sociale et éventuellement celle relative à un traitement de contention.

■ Pour les prothèses dentaires, adressez :

- l'original de la facture détaillée et acquittée des frais engagés.

■ Pour l'optique, adressez :

- pour les lunettes : l'original de la facture de l'opticien indiquant les frais réellement engagés pour les verres et la monture (facturés distinctement) ;
- pour les lentilles de contact correctrices, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que la prescription médicale datant de moins de deux ans.

■ Pour la cure thermale, adressez :

- la (les) facture(s) détaillée(s) avec les frais d'hébergement, de transport, de soins et d'honoraires des médecins.

■ Pour les prestations non prises en charge par la Sécurité sociale, adressez :

- la facture originale délivrée par le professionnel de santé (lentilles correctrices, ostéopathie, chiropractie...).

■ Pour le forfait de maternité, adressez :

- un acte de naissance de l'enfant nouveau-né. Ce forfait est versé autant de fois que d'enfant(s) né(s). Il est étendu aux cas d'adoption plénière dans les mêmes conditions et sur présentation du jugement définitif d'adoption.

■ Veuillez conserver les justificatifs :

COLONNA FACILITY peut, à tout moment, demander les justificatifs nécessaires au règlement d'un dossier y compris si vous bénéficiez de remboursements automatisés grâce à la télétransmission.

QUELS SONT LES DÉLAIS DE DÉCLARATION ?

Les demandes de prestations doivent intervenir au plus tard dans les deux ans suivant la date des soins figurant sur le décompte de Sécurité sociale (ou la facture du professionnel de santé, s'agissant des actes non pris en charge par cet organisme).

LE DÉCOMpte DE PRESTATIONS

À réception de chaque dossier complet, COLONNA FACILITY effectue le règlement et vos décomptes seront disponibles depuis votre espace assuré sur www.cofacility.fr

L'ESPACE « ASSURÉS » DU PORTAIL www.cofacility.fr

Pour une gestion simplifiée, connectez-vous à votre espace personnel. Munissez-vous de votre numéro d'adhérent et de votre mot de passe délivrés, soit avec votre carte de tiers payant, soit par e-mail.

Sur votre espace, vous pourrez :

■ Visualiser vos remboursements :

- Consulter le détail de vos remboursements en temps réel (par dossier et par soin), ainsi que ceux réglés directement au professionnel de santé par tiers payant.
- Consulter les soins transmis par la Sécurité sociale si vous bénéficiez de la télétransmission.

■ Vérifier et modifier vos informations personnelles :

- Vérifier vos coordonnées personnelles et bancaires.
- Demander l'attachement ou le détachement de la télétransmission avec la sécurité sociale.

NOEMIE : POUR DES REMBOURSEMENTS PLUS RAPIDES

Il s'agit du transfert automatique de vos décomptes de Sécurité sociale entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et COLONNA FACILITY.

Vous bénéficiez de ce service dès votre affiliation.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de ce service vous pouvez y renoncer au moment de votre affiliation ou en adressant une demande écrite à COLONNA FACILITY. Dans ce cas, vous devrez adresser vos décomptes originaux de la Sécurité sociale à COLONNA FACILITY pour obtenir les prestations complémentaires.

Pour consulter l'état de la connexion NOEMIE (demande, acceptation...) connectez-vous à votre espace personnel sur le site www.cofacility.fr

COMMENT OBTENIR LA CARTE DE TIERS PAYANT?



La carte de tiers payant permet d'éviter l'avance du paiement du ticket modérateur pour les actes suivants pris en charge par la sécurité sociale: pharmacie, biologie, radiologie, auxiliaires médicaux, transport et soins extrêmes.

Elle vous permet également de bénéficier des avantages du réseau Optique et de l'avance des frais dans la limite de vos garanties, sur présentation à l'opticien partenaire.

Elle est commandée automatiquement à l'ouverture de vos droits, sous réserve que les formalités d'affiliation aient été effectuées.

À compter de cette date, elle est livrée à votre domicile dans un délai de 7 jours.

Vous pouvez visualiser le suivi jusqu'à la livraison dans la rubrique « votre compte » de votre espace assuré **sur www.cofacility.fr**



À réception, vérifiez son contenu. Si une anomalie apparaît, vous devez la retourner à COLONNA FACILITY en précisant les corrections à prendre en compte et en joignant les éventuels justificatifs.

Important : lorsque vos droits à garanties cessent de façon temporaire ou définitive, vous devez impérativement restituer votre carte de tiers payant et informer les professionnels de santé auxquels vous faites habituellement appel afin que ceux-ci mettent à jour leurs fichiers informatiques.

À défaut, vous serez redevable des prestations versées indûment.

QUELLES SONT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE AVANT D'ENGAGER UNE DÉPENSE SUR UN POSTE ONÉREUX ?

Afin de bien estimer votre éventuel « reste à charge » pour des actes onéreux il convient de faire établir un devis par votre professionnel de santé.

Adressez, le devis à COLONNA FACILITY pour une estimation rapide de votre remboursement.

Exemples de soins: intervention chirurgicale auprès d'un praticien non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé, réalisation de prothèses dentaires, acquisition d'équipements optique ou auditif...

COMMENT OBTENIR UNE PRISE EN CHARGE ?

La prise en charge vous permet de ne pas faire l'avance des frais dans la limite des garanties prévues par votre garantie.

COLONNA FACILITY règle directement le professionnel de santé.

■ L'hospitalisation :

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, vous pouvez faire une demande de prise en charge :

- par e-mail : sante@cofacility.fr
- par fax : 02 54 95 90 96
- par téléphone : 02 54 88 38 12



■ Les frais optiques et les frais dentaires :

Avec la carte de tiers payant, vous bénéficiez par ailleurs d'un service de prise en charge optique et dentaire avec une procédure simplifiée :



■ Présentez votre carte à l'opticien ou au dentiste de votre choix.

2 Le professionnel de santé envoie une demande de prise en charge :

- à Almerys pour l'optique
- à COLONNA FACILITY pour le dentaire, par fax ou par e-mail : sante@cofacility.fr

Le dentiste doit préciser la période de soin.

3 COLONNA FACILITY délivre une prise en charge et la transmet directement au professionnel de santé (par l'intermédiaire d'Almerys pour l'optique).

4 Réglez la part non prise en charge par la garantie et éventuellement la part Sécurité sociale si le professionnel de santé ne pratique pas le tiers payant avec la Sécurité sociale.

Les prestations du contrat sont exprimées en complément des prestations de la Sécurité sociale, dans la limite du reste à charge (hors pénalités, franchises et contributions).

Les prestations ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

LE RÉSEAU OPTIQUE

UN RÉSEAU DE SOINS, C'EST QUOI ?

Le réseau de soins est un regroupement de professionnels médicaux offrant de meilleurs tarifs pour des prestations peu ou mal remboursées par le Régime Obligatoire.

UN RÉSEAU OPTIQUE, POURQUOI ?

Parce que l'amélioration de votre prise en charge est notre objectif, nous avons décidé de mettre en place depuis le 1^{er} janvier 2016 le réseau Optilys.

LES AVANTAGES DU RÉSEAU OPTILYS

■ Des prix négociés

Verres : Réduction de 25 % à 30 % en moyenne (et jusqu'à -35 %)

Monture : De -10 % à -15 % en moyenne

■ L'accessibilité

Près de 50 % des points de vente optique sont partenaires du réseau Optilys (plus de 5 500 opticiens).

■ La qualité et le choix des produits

Le référencement des plus grands verriers et fabricants de lentilles de contact du marché permet à l'opticien de déterminer l'équipement qui correspond le mieux à votre besoin.

■ La simplicité

Vous bénéficiez des avantages du réseau sur simple présentation de votre carte de tiers payant Almerys chez les opticiens partenaires.

■ Le service

- Le tiers payant systématique (pas d'avance de frais dans la limite des garanties du contrat).

- La garantie adaptation, casse (selon les conditions négociées suivant les enseignes).

- Le certificat d'origine des produits.

COMMENT TROUVER UN OPTICIEN OPTILYS ?

Depuis votre espace personnel sur www.cofacility.fr et sur votre application mobile « CGAM MA SANTÉ », connectez-vous avec l'identifiant communiqué lors de l'envoi de votre carte de tiers payant, et cliquez sur « Recherchez un professionnel de Santé ».



TABLEAU DES GARANTIES

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLÉMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
HOSPITALISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITÉ	
- Frais de séjour	110 % BR
- Frais de séjour	100 % de la participation forfaitaire
- Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	
■ Forfait journalier hospitalier	100 % Frais réels
■ Frais et honoraires chirurgicaux	
- Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM + 230 % BRSS
- Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM + 100 % BRSS
■ Chambre particulière - Non remboursée par la SS	
- Chambre particulière de nuit (hors maternité)	50 € / jour
- Chambre particulière de jour (CPA) (hors maternité)	50 € / jour
■ Lit d'accompagnant - Non remboursé par la SS	
- Frais de lit d'accompagnant	15 € / jour
■ Maternité	
- Chambre particulière (8 jours maximum)	1,5 % PMSS / jour
- Allocation de naissance ou adoption	8 % PMSS / enfant
DENTAIRE	
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES 100 % SANTÉ** (DANS LA LIMITE DES HONORAIRES LIMITE DE FACTURATION DÉFINIS AUX CONDITIONS GÉNÉRALES)	
À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire	Prise en charge intégrale (****)
■ Soins	
- Soins dentaires	TM
■ Prothèses autres que 100 % Santé :	
Panier maîtrisé⁽¹⁾ (dans la limite des Honoraires Limites de Facturation définis aux Conditions Générales)	
- Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale	200 % BRSS
- Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	300 % BRSS
Panier libre⁽²⁾	
- Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale	200 % BRSS
- Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	300 % BRSS
■ Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :	
- Par prothèse	322,50 €
■ Orthodontie ⁽³⁾	
- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	166 % BRSS
- Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans)	193,50 € par semestre
■ Implantologie	
- Implants dentaires (hors prothèse dentaire)	300 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES OU ÉQUIPEMENT PAR OREILLE	
JUSQU'AU 31/12/2020 : Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Prothèses auditives de Classe I ou II remboursées par la Sécurité sociale	400 € par oreille + 65 % BRSS (Minimum TM)
Accessoires et fournitures :	100 % BRSS
Le poste ci-dessus est remplacé par les postes de garantie ci-dessous, lesquels s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter du 1 ^{er} janvier 2021.	
À PARTIR DU 01/01/2021 : Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
■ Équipements 100 % Santé **	
- Aides auditives de Classe I **** :	Prise en charge intégrale ⁽⁴⁾
■ Équipements autres que 100 % Santé : Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
Aides auditives de Classe II **** :	
- Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité*****	400 € par oreille + 65 % BRSS (Minimum TM)
- Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400 € par oreille + 65 % BRSS (Minimum TM)
Accessoires et fournitures :	100 % BRSS

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLÉMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
SOINS COURANTS	
■ Honoraires médicaux :	
Généralistes	
- Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM + 20 % BRSS
- Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM
Spécialistes	
- Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM + 20 % BRSS
- Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM
■ Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, et Actes techniques médicaux	
- Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM + 20 % BRSS
- Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire
■ Imagerie médicale, radiologie, échographie	
- Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM
- Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM
■ Honoraires paramédicaux :	
- Auxiliaires médicaux (ex : Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	TM
■ Analyses médicales	TM
■ Matériel médical inscrit à la Liste des Produits de Prestations	
- Prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale autres que dentaires et auditives	65 % BRSS
- Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale	100 % BRSS
■ Médicaments :	
- Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	TM
- Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	TM
- Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	TM
Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité sociale	3 % PMSS / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité sociale) ⁽⁵⁾	80 € par an / bénéficiaire
Honoraires de dispensation du pharmacien y compris la vaccination antigrippale	TM
■ Cures thermales	
- Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	TM
■ Frais de transport sanitaire remboursé par la Sécurité sociale	
- Ambulance, taxi conventionné	TM
■ Prévention	
- Actes de prévention en application de l'art. R.871-2 du Code de la sécurité sociale ⁽⁵⁾	Pris en charge (min. TM)
■ Médecine additionnelle et de prévention - Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel - Non remboursée par la Sécurité sociale	
- Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, pédicurie-podologie	300 € / an / bénéficiaire
OPTIQUE - ÉQUIPEMENT	
(1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales ⁽⁶⁾	NIVEAUX D'INDEMNISATION Y COMPRISE SÉCURITÉ SOCIALE
■ Équipements 100 % Santé **	
- Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale ⁽⁴⁾
■ Équipements autres que 100 % Santé (Classe B)	
Par verre :	
- Unifocaux : sphère de 0 à 4 et de -4 à 0, quel que soit le cylindre	160 €
- Unifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de -6 à -4,25, quel que soit le cylindre	160 €
- Unifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de -8 à -6,25, quel que soit le cylindre	222 €
- Unifocaux : sphère au-delà de 8,25 et -8,25, quel que soit le cylindre	277 €
- Multifocaux : sphère de 0 à 4 et de -4 à 0, quel que soit le cylindre	250 €
- Multifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de -6 à -4,25, quel que soit le cylindre	288 €
- Multifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de -8 à -6,25, quel que soit le cylindre	300 €
- Multifocaux : sphère au-delà de 8,25 et -8,25, quel que soit le cylindre	311 €

OPTIQUE - ÉQUIPEMENT	NIVEAUX D'INDEMNISATION Y COMPRIS SÉCURITÉ SOCIALE
(1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales ⁽⁶⁾	
■ Monture	100 €
■ Lentilles	
- Lentilles correctrices prescrites remboursées par la SS (y compris jetables)	273,70 € par an et par bénéficiaire (minimum TM)
- Lentilles correctrices prescrites non remboursées par la SS (y compris jetables)	250 € par an et par bénéficiaire
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	100 % BRSS

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. À titre indicatif, le montant du PMSS s'élève à 3 428 € en 2020.

TM : Ticket Modérateur

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Dans la limite des frais réellement engagés.

**** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.

***** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20^e après correction.

(1) Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés remboursées par la Sécurité sociale, tels que définis réglementairement.

(2) Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale, tels que définis réglementairement.

(3) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(4) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

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

(6) Délai de renouvellement de 2 ans pour les assurés à compter de 16 ans (1 an en cas d'évolution de la vue), 1 an pour les enfants de moins de 16 ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie (absence de délai en cas d'évolution liée à l'une des pathologies limitativement définies par arrêté ministériel).

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Cette garantie frais de santé se caractérise par deux aspects essentiels du contrat :

- Il est **obligatoire** : les employeurs sont tenus d'y affilier la totalité des membres du personnel de l'entreprise relevant de la catégorie assurée.
- Il est **collectif** : sont bénéficiaires du régime tous les salariés relevant de la catégorie de personnel assurée.

(cf. article 4 dudit Accord) ou les articles L.911-7 III et D. 911-6 du Code de la sécurité sociale,

- et assujettis au régime général de la Sécurité sociale française, ou au régime local « Alsace-Moselle », ou encore au régime de la Mutualité Sociale Agricole.

Les salariés se prévalant d'une dispense d'affiliation doivent être affiliés au contrat dès qu'ils cessent de justifier de leur situation. Ils peuvent également renoncer ultérieurement et à tout moment à bénéficier de la dispense pour demander par écrit leur adhésion au régime, cette décision étant alors irréversible.

Le cas échéant, sont affiliés à la date d'effet du contrat, les anciens salariés qui à cette date demeurent bénéficiaires d'une période de maintien de garanties restant à courir au titre de la Portabilité (sauf dans le cas où l'assureur précédent assure le maintien jusqu'à expiration de la période de droits au dispositif).

Les mandataires sociaux non-titulaires d'un contrat de travail mais assimilés aux salariés en application

BÉNÉFICIAIRE – AFFILIATION & EFFET DES CARANTIES

QUI EST BÉNÉFICIAIRE ?

Le salarié assuré est le seul bénéficiaire de la garantie frais de santé.

Sont assurés, les salariés de l'Entreprise adhérente (ou les salariés de la catégorie de personnel pour laquelle l'entreprise a adhéré) :

- sauf à justifier d'un des cas de dispense d'affiliation expressément prévus par l'Accord de branche

de l'article L.311-3 du Code de la sécurité sociale peuvent bénéficier de la garantie frais de santé, sous réserve que la catégorie de personnel assurée par le contrat souscrit le permette, et que les procédures d'avantages en vigueur pour leur statut spécifique aient été respectées.

QUELLES SONT LES MODALITÉS D'AFFILIATION À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ ?

Pour vous affilier en quelques clics **connectez-vous au site www.cofacility.fr** (espace « Affiliation ») au moyen des codes d'accès délivrés par votre employeur ou complétez le bulletin d'affiliation remis par ce dernier et retournez-le à COLONNA FACILITY muni des pièces justificatives.

OUAND LES GARANTIES PRENNENT-ELLES EFFET ?

Les garanties prennent effet, sans pouvoir être antérieures à la date d'effet du contrat souscrit par l'entreprise, à la date d'affiliation c'est-à-dire selon le cas :

- la date d'embauche,
- la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier d'une dispense d'affiliation.

SUSPENSION – CESSION

DANS QUELLES CONDITIONS LES GARANTIES SONT-ELLES SUSPENDUES ?

Les garanties sont suspendues pendant les périodes de suspension du contrat de travail, sauf pour celles donnant lieu à maintien de rémunération par l'employeur ou indemnisation de la Sécurité sociale.

La suspension de garanties prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de début de suspension du contrat de travail, ceci afin d'éviter toute rupture de garantie en cas de demande d'adhésion à titre individuel pour la durée de la suspension du contrat de travail.

La reprise des garanties intervient à compter du 1^{er} jour du mois de reprise de l'activité professionnelle.

DANS QUELLES CONDITIONS LES GARANTIES CESENT-ELLES ?

Les garanties cessent pour chaque assuré au dernier jour du mois au cours duquel survient l'un des événements suivants :

- sortie de la catégorie de personnel assurée,
- cessation ou rupture du contrat de travail, sauf maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité défini ci-après,
- résiliation du contrat d'assurance souscrit par l'entreprise.

MAINTIEN DES GARANTIES

MAINTIEN DES GARANTIES À TITRE INDIVIDUEL EN CAS DE CESSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent soustraire un contrat individuel afin de continuer de bénéficier des garanties frais de santé, les anciens salariés bénéficiaires :

- d'une allocation versée par le régime d'assurance chômage,
 - d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,
 - d'une pension de retraite,
- sous réserve d'en faire la **demande dans les 6 mois** qui suivent la cessation ou rupture du contrat de travail.

Au cas particulier des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité ci-après décrit, le point de départ du délai susvisé est reporté à l'expiration des droits à portabilité.

COLONNA FACILITY adresse à l'ancien salarié une proposition de maintien individuel de la garantie, dans les **deux mois** qui suivent la date de cessation du contrat de travail pour autant que l'Entreprise l'ait informé au préalable du motif de la cessation du contrat de travail ouvrant droit au dispositif.

L'adhésion individuelle prend effet, sans délai de carence ni formalités médicales, au lendemain de la demande et au plus tôt au 1^{er} jour du mois qui suit la date de cessation du contrat de travail.

MAINTIEN DES GARANTIES POUR LES ANCIENS SALARIÉS INDEMNISÉS PAR LE RÉGIME ASSURANCE CHÔMAGE

Le contrat organise le maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail, sauf hypothèse de faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, conformément au dispositif de Portabilité défini par l'article L911-8 du Code de la sécurité sociale :

- la durée du maintien est égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois. Toutefois, par dérogation à la durée précisée ci-dessus et conformément aux dispositions de l'Accord de branche, la durée du maintien est doublée, dans la limite de douze mois,
- le bénéfice du maintien est subordonné à la condition que les droits à garantie aient été ouverts chez le dernier employeur,
- la garantie maintenue est celle en vigueur dans l'entreprise (les éventuelles modifications du contrat, tant à la hausse qu'à la baisse, sont donc applicables aux bénéficiaires du maintien),
- l'ancien salarié justifie auprès de COLONNA FACILITY, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de la garantie, qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier.

Le maintien cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- cessation du versement des allocations chômage, quel qu'en soit le motif (reprise d'activité professionnelle, prise d'effet de la retraite Sécurité

- sociale, radiation des listes de Pôle Emploi, décès),
- expiration de la période de droits à laquelle peut prétendre l'ancien salarié,
 - résiliation du contrat d'assurance.

La cessation d'activité de l'entreprise, sans repreneur et quel qu'en soit le motif (liquidation amiable, liquidation judiciaire) est sans effet sur les droits à maintien de garantie.

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

CARACTÉRISTIQUES DES GARANTIES

CONTRAT RESPONSABLE ET COUVERTURE MINIMALE

Le contrat est qualifié de contrat « solidaire et responsable ».

Par « solidaire », il faut entendre que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Par « responsable », il faut entendre que le contrat répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L911-7 et D.911-1 de ce même code.

Conformément à la réglementation, le contrat prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 % ou à 30 % et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques) ;
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R. 160-16-1 du Code de la sécurité sociale ;
- la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen

de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique ;

- les prestations 100 % santé ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée.

Le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100 % de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.

Le contrat prend également en charge, en sus des prestations obligatoires du contrat responsable, les niveaux minimums de remboursements suivants :

- à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base de calcul des prestations d'assurance maladie, les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale pour les actes autres que ceux mentionnés au 5° de l'article R.871-2 ;
- un montant minimum pour les équipements d'optique médicale (verres et monture) de classe B (définie au paragraphe « précisions sur l'application du 100 % santé ») soumis au remboursement de l'assurance maladie, dans la limite des frais exposés par l'assuré.

La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins, ne sont pas pris en charge.

Par conséquent, les garanties de votre contrat respectent les obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge.

À ce titre, il propose obligatoirement les prestations prévues dans le cadre du 100 % santé en optique, en dentaire et pour les aides auditives dans le respect du calendrier prévu par les textes.

PRÉCISIONS SUR L'APPLICATION DU 100 % SANTÉ

1. OPTIQUE

A. GÉNÉRALITÉS

Les évolutions suivantes entreront en vigueur à compter du **1^{er} janvier 2020**.

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100 % santé » ;
- **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement est remboursé dans le respect des plafonds et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B » ;
- soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

Le tableau de garanties mentionne un forfait dédié à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), la prise en charge s'effectue donc dans la limite de ces forfaits pour chaque composante.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont ainsi définis :

VERRES SIMPLES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

VERRES COMPLEXES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

VERRES TRÈS COMPLEXES

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;*
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

*Sphère supérieure à une dioptrie de l-8DI soit -9D

B. Délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par nos soins, depuis le 1^{er} janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation.	- 1 an suivant la dernière facturation ; - 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue

Périodicité de renouvellement dérogatoire	I an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture).	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	- Variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; - Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; - Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; - Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; - Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; - Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.	
Constatation de l'évolution de la vue	- Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne ; - Soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières

Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.

2. DENTAIRE

Les évolutions suivantes entreront en vigueur en deux temps : **à compter du 1^{er} janvier 2020** pour une partie des actes du panier « 100 % santé », puis au 1^{er} janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « 100 % santé » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes ;
- Un panier aux tarifs maîtrisés, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties ;
- Un panier aux tarifs libres, permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

Les honoraires limites de facturation des actes du panier 100 % santé et du panier à honoraires maîtrisés entrent en vigueur progressivement. Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres.

SYNTHÈSE DES PANIERS DE SOINS DENTAIRES		
PANIER 100 % SANTÉ	PANIER TARIFS MAÎTRISÉS	PANIER TARIFS LIBRES
- Couronne métallique ; - Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1 ^{re} prémolaire ; - Couronne céramique-monolithique (zircone) hors molaire ; - Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1 ^{re} prémolaire.	- Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2 ^e prémolaire et molaire ; - Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire ; - Couronne céramo-métallique sur 2 ^e prémolaire.	- Couronne céramo-céramique ; - Couronne céramo-métallique sur molaire ; - Couronne implanto-portée.
Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie.	- Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie ; - Inlay-onlay métallique.	- Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie ; - Inlay-onlay céramique.
- Bridge céramo-métallique sur incisive ; - Bridge métallique pour toute dent.	- Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive ; - Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s).	Bridge céramo-céramique.
Prothèse amovible à plaque base résine.	Prothèse amovible sur châssis métallique.	Prothèse amovible supra implantaire.
Réparations.	Réparations.	Adjonctions.
		Implants.

3. AIDE AUDITIVE

Les évolutions suivantes entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2021.

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% santé ;
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par nos soins, depuis le 1^{er} janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Toutefois, 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 la charge de l'assuré 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).

FRAIS DE SANTÉ PRIS EN CHARGE

Le contrat n'intervient pas pour les actes n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, sauf indication contraire figurant au tableau des garanties en pages 11, 12 et 13, concernant en tout état de cause des spécialités ou actes à caractère thérapeutique.

Pour les postes faisant l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale, le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du montant de base du remboursement Sécurité sociale et de la législation ou règlementation en vigueur à la date des soins.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie (la date de début des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale doit être comprise dans ladite période).

La date des soins et le montant des dépenses engagées sont ceux retenus par la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de cet organisme (ou, pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, figurant sur la facture délivrée par le professionnel de santé).

Les demandes de prestations sont prescrites à l'expiration d'un délai de deux années suivant la date des soins ainsi définie.

En aucun cas l'Institution ne prend en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale.

Concernant les spécialités médicales non remboursées par la Sécurité sociale : les actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie, d'acupuncture et de pédicurié-podologie sont remboursés, dans la limite du montant précisé au tableau de garanties, sous réserve que les praticiens exerçant ces spécialités puissent justifier :

- pour les ostéopathes, d'être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession,
- pour les chiropracteurs, d'être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un institut agréé par l'Union européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC),
- pour les étiopathes, d'être reconnus professionnellement et habilités à réaliser de tels actes,
- pour les acupuncteurs, d'être des médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'État appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire ;
- pour les pédicure-podologues, d'être titulaires du diplôme d'État de pédicure podologue (DE),

délivré par le ministère de la Santé et reconnu par le Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues.

Pour les assurés relevant du régime de base Alsace-Moselle, le niveau de prestations précisé au tableau des garanties est ajusté afin de garantir un niveau de couverture global (régime de base Sécurité sociale + régime conventionnel) identique pour tout salarié en France, quel que soit son régime social d'appartenance.

Concernant les prestations exprimées sous forme de forfait pour une période donnée (une année, deux années...), le forfait non atteint ou non utilisé sur une période n'est pas reporté lors de la période suivante.

PRINCIPE INDEMNITAIRE

Le total des remboursements au titre du présent contrat, de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire le cas échéant, ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, **ne peut excéder le montant des dépenses engagées**.

Les assurés bénéficiant auprès d'un autre organisme assureur de garanties de même nature peuvent obtenir une indemnisation au titre du présent régime, dans la limite des frais restant à charge. À cette fin, les décomptes de remboursement établis par un autre organisme assureur doivent être communiqués par l'assuré.

Lorsque les prestations sont exprimées sous forme de forfait ou de pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS), celles-ci s'entendent dans la limite des frais restant à charge.

TERRITORIALITÉ

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur activité sur le territoire français y compris les départements d'outre mer.

Pour les soins dispensés hors de France, les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires peuvent, après avis du médecin conseil, être plafonnées à hauteur du prix habituellement pratiqué normalement en France pour des actes et soins équivalents, et ce, que la Sécurité sociale ait ou non accordé sa prise en charge sur la base de son tarif de responsabilité.

Dans tous les cas, sont pris en charge, à hauteur des minima résultant du « contrat responsable », les dépenses préalablement admises au remboursement du régime français de Sécurité sociale dont relève l'assuré. S'agissant de la différenciation des honoraires au regard de la notion de médecin adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, les actes effectués à l'étranger seront remboursés à hauteur des niveaux de remboursement prévus pour les médecins non adhérents à un tel dispositif.

EXPERTISE MÉDICALE

L'Institution peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par son médecin conseil ou tout autre professionnel de santé, en cas de dépenses anormalement élevées et/ou répétées ou encore en cas de suspicion de fraude.

Les résultats de l'expertise sont communiqués à l'assuré par lettre recommandée. L'assuré qui conteste ces résultats devra, faute de quoi il est réputé les avoir acceptés, communiquer sous trente jours les coordonnées du médecin chargé de le représenter dans une entrevue amiable avec le médecin conseil 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, désigné par le président du tribunal de grande instance de la résidence de l'assuré sur requête de la partie la plus diligente. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin sont supportés à parts égales entre les deux parties.

En cas de refus de l'assuré de répondre à ce contrôle ou de communiquer les coordonnées de son médecin, ainsi qu'en cas de désaccord persistant sur les résultats du contrôle, il appartient à l'assuré de demander la nomination d'un expert judiciaire, étant précisé que le paiement des prestations en cause sera suspendu tant que n'interviendra pas une décision judiciaire irrévocable.

QUELS SONT LES DÉLAIS DE PRESCRIPTION ?

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L.932-13 du Code de la sécurité sociale.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution 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 ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'Adhérente, de l'assuré ou du bénéficiaire contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérente, l'assuré ou le bénéficiaire ou a été indemnisé par celui-ci.

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).

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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception soit que l'Institution adresse à l'Adhérente en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré adresse à l'Institution en ce qui concerne le règlement de la prestation.

AUTRES DISPOSITIONS

SUBROGATION

L'Institution est, pour le remboursement des prestations, subrogée dans les droits et actions de l'assuré, contre les tiers responsables d'un accident ayant exposé l'assuré à des dépenses de santé, dans la limite des sommes versées. Dans cette hypothèse, l'assuré doit fournir à l'Institution, dans les meilleurs délais, tous les éléments nécessaires à la mise en œuvre de la procédure.

CONTRÔLE DES INSTITUTIONS

Les trois Institutions de prévoyance assurant le contrat frais de santé sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

QUELS SONT VOS DROITS D'ACCÈS, DE RECTIFICATION ET DE RÉCLAMATION ?

- Protection des données personnelles :

Dans le cadre de la relation contractuelle qui nous lie, des données personnelles vous concernant sont collectées par :

Malakoff Humanis Prévoyance, KLESIA Prévoyance, entité du groupe KLESIA et Audiens Prévoyance en tant que responsable de traitement.

COLONNA FACILITY, en qualité de déléguétaire de gestion et dans le respect des missions convenues avec les co-assureurs, traite également ces données personnelles.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à la conclusion de votre contrat ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. À défaut de fourniture des données obligatoires, Malakoff Humanis Prévoyance, KLESIA Prévoyance, Audiens Prévoyance et COLONNA FACILITY seront dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

1. LES FINALITÉS DE LA COLLECTE DE VOS DONNÉES PERSONNELLES :

Dans le cadre de l'exécution de votre contrat d'assurance, les données personnelles que nous collectons vont permettre :

- l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;
- la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les co-assureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;
- la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;
- l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits.

■ Vos données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, Malakoff Humanis Prévoyance, KLESIA Prévoyance, entité du groupe KLESIA, Audiens Prévoyance et COLONNA FACILITY mettent en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

■ Différents traitements opérés par les entités des groupes, Malakoff Humanis, KLESIA, Audiens et COLONNA FACILITY sont basés sur l'intérêt légitime afin de vous apporter les meilleurs produits et services, de continuer à améliorer leur qualité et de mieux vous connaître pour personnaliser les contenus et les services proposés et les adapter à vos besoins. Ils correspondent à :

- la mise en place d'actions de prévention ;
- la gestion de notre relation commerciale notamment par le biais d'actions telles qu'un programme de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des jeux concours ou des tests produits ou services ;
- la lutte contre la fraude à l'assurance et les impayés, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités des groupes, Malakoff Humanis, KLESIA, Audiens et COLONNA FACILITY.

- la prospection commerciale pour les produits et services des groupes, Malakoff Humanis, KLESIA, Audiens et COLONNA FACILITY analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits.

2. LE TRAITEMENT DE VOS DONNÉES DE SANTÉ :

Le traitement des données de santé vous concernant par Malakoff Humanis Prévoyance, KLESIA Prévoyance, entité du groupe KLESIA Audiens Prévoyance et COLONNA FACILITY est soumis à votre consentement. Néanmoins, la conclusion de votre contrat d'assurance vaut recueil du consentement pour le traitement de vos données de santé à des fins de gestion de votre contrat et de lutte contre la fraude. Pour tout autre service nécessitant le traitement de vos données de santé, un consentement spécifique est recueilli.

Dans tous les cas, vos données de santé sont traitées en toute confidentialité et sont exclusivement destinées aux médecins conseils par Malakoff Humanis Prévoyance, KLESIA Prévoyance, entité du groupe KLESIA Audiens Prévoyance, COLONNA FACILITY et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

3. LES DÉCISIONS AUTOMATISÉES ET LE PROFILAGE

Dans certains cas, Malakoff Humanis Prévoyance, KLESIA Prévoyance et Audiens Prévoyance pourront être amenés à mettre en œuvre des décisions automatisées ou des traitements de profilage fondés sur l'analyse de vos données. Dans chaque cas, Malakoff Humanis Prévoyance, KLESIA Prévoyance et Audiens Prévoyance vous informeront spécifiquement et vous permettront de contester une décision automatisée prise à votre égard.

4. LES DESTINATAIRES DE VOS DONNÉES PERSONNELLES :

Dans le cadre des traitements de, Malakoff Humanis Prévoyance, KLESIA Prévoyance, Audiens Prévoyance et COLONNA FACILITY, vos données peuvent être transmises à différents destinataires listés en Annexe.

5. LE TRANSFERT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES HORS DE L'UNION EUROPÉENNE :

Malakoff Humanis Prévoyance, KLESIA Prévoyance, Audiens Prévoyance et COLONNA FACILITY traitent vos données personnelles en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, nous vous en informerions spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de vos données personnelles.

6. LES DURÉES DE CONSERVATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES :

Vos données personnelles sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire. Les durées de conservation varient en fonction des finalités et sont détaillées en Annexe.

7. VOS DROITS

Vous disposez d'un droit d'accès aux données traitées, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement, à la portabilité de vos données.

Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles que nous traitons de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par vous-même et traitées sur la base de votre consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Vous pouvez également vous opposer, à tout moment, à un traitement de vos données :

- pour des raisons tenant à votre situation particulière que nous vous remercions d'argumenter ;
- lorsque vos données sont traitées à des fins de prospection, sans avoir à vous justifier.

De plus, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL via le site www.bloctel.gouv.fr ou par courrier à : Société Oppostel, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10000 Troyes. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site www.bloctel.gouv.fr.

Par ailleurs, vous avez la possibilité :

- de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès ;
- de retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci.

Enfin, le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la CNIL via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de Malakoff Humanis Prévoyance, KLESIA Prévoyance et Audiens Prévoyance.

8. L'EXERCICE DE VOS DROITS

Ces droits peuvent être exercés en justifiant de votre identité et en précisant le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification.

Pour toute information ou exercice de vos droits relatifs aux traitements de vos données personnelles gérés par Malakoff Humanis Prévoyance, KLESIA Prévoyance, Audiens Prévoyance et COLONNA FACILITY vous pouvez contacter son Délégué à la Protection des Données (DPO) :

Pour Malakoff Humanis Prévoyance :

Par courrier électronique :
dpo@malakoffhumanis.com

Par courrier postal :

Malakoff Humanis
Pôle Informatique et libertés
21 rue Laffitte - 75317 Paris Cedex 09

Pour KLESIA Prévoyance :

Par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr

Par courrier postal :

KLESIA Prévoyance
Service INFO CNIL - CS 30027
93108 Montreuil Cedex.

Pour Audiens Prévoyance :

Par courrier électronique : webmaster@audiens.org

Par courrier postal :

74 rue Jean Bleuzen – 92170 Vanves.

Pour COLONNA FACILITY :

Par courrier électronique : dpo@colonntagroup.fr

Par courrier postal :

COLONNA FACILITY
Délégué à la Protection des Données
41207 Romorantin Cedex

9. RÉCLAMATION AUPRÈS DE LA CNIL

Vous disposez également d'une possibilité d'établir une réclamation près de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

3 Place de Fontenoy
TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07
ou <https://www.cnil.fr/fr/agir>.

Réclamation relative à l'application du contrat d'assurance :

Pour toute réclamation relative au fonctionnement du contrat, l'Adhérente, l'assuré ou les bénéficiaires doit/ doivent s'adresser en priorité à COLONNA FACILITY, gestionnaire unique du contrat d'assurance.

COLONNA FACILITY

Service Réclamations
41207 Romorantin Cedex

Email : reclamation@cofacility.fr

COLONNA FACILITY s'engage à répondre à l'Adhérente et au Participant dans le respect des usages et des bonnes pratiques, notamment prévus par la recommandation ACPR relative au traitement des réclamations 2016-R-02 du 14 novembre 2016.

Médiation :

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l'Adhérente, l'assuré et les bénéficiaires peuvent, sans préjudice du droit d'agir en justice, s'adresser au médiateur de la protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), dans le délai d'un an à compter de la réclamation, à l'adresse suivante : M. le médiateur de la protection sociale (CTIP) - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>.

LEXIQUE

100 % santé	Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.
Adhérente ou Entreprise adhérente	Entreprise qui adhère au contrat frais de santé pour le compte de son personnel défini au certificat d'adhésion ou conditions particulières, s'engage à verser les cotisations du contrat collectif et dont le représentant habilité signe le bulletin d'adhésion.
Assuré	Membre du personnel relevant de la catégorie de personnel assurée, le cas échéant ancien salarié au titre du dispositif de Portabilité.
Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)	<p>Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.</p> <p>On parle de :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession. → Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention. → Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.
Bénéficiaire	Personne couverte par la garantie du régime de frais de santé lors de l'engagement des dépenses de santé.
Dépassement d'honoraires	Différence entre les frais réels et le tarif de responsabilité ou la base de remboursement de la Sécurité sociale.
Forfait hospitalier	Forfait fixé par arrêté ministériel, non remboursé par la Sécurité sociale, supporté par les personnes admises dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux.
Garantie	Engagement de l'Institution, en contrepartie du paiement d'une cotisation, à verser une prestation en cas de dépenses de frais de santé couvertes par le contrat, engagées au cours de la période d'assurance.
Honoraires de dispensation	Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients. Il existe cinq honoraires de dispensation. Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent, fixée à 70 % ou 100 % par l'assurance maladie obligatoire.
Honoraire limite de facturation	Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. À compter de 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation (HLF) sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier 100 % santé.
Maladie	Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations en nature du régime de base de la Sécurité sociale française.

Médecin correspondant	Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin correspondant est celui vers lequel le médecin traitant oriente le patient pour avis. Il peut également assurer des soins programmés avec le médecin traitant ou prendre en charge des séquences de soins spécialisés nécessitées par l'état de santé du patient.
Médecin traitant	Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin traitant, choisi par l'assuré, est consulté en priorité par ce dernier et le suit tout au long de son parcours de soins. Il oriente le patient, en cas de besoin, vers un autre praticien, le médecin correspondant.
NOEMIE	« Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs ». Échanges d'informations entre les caisses nationales des régimes obligatoires d'assurance maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de protection sociale.
Nomenclatures	Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement (exemple : la CCAM)
Parcours de soins coordonnés	Parcours, faisant notamment intervenir le médecin traitant, que doit suivre l'assuré pour ne pas supporter certaines pénalités de remboursement de la Sécurité sociale.
PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale)	Valeur utilisée pour le calcul de certaines cotisations sociales et de certaines prestations ; son montant, fixé par arrêté, évolue au 1 ^{er} janvier de chaque année.
Pratique tarifaire maîtrisée :	OPTAM/OPTAM-CO « Option tarifaire maîtrisée » (CO pour chirurgie et obstétrique) : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, mis en place par la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, avec l'objectif principal d'améliorer l'accès aux soins ; il incite les médecins signataires (essentiellement secteur 2) à modérer leur pratique relative aux dépassements d'honoraires et en contrepartie améliore la prise en charge de leurs patients qui seront remboursés sur la base des tarifs du secteur I.
Prestation	Montant remboursé à l'assuré par l'Institution en application de ses garanties.
Prix limite de vente	Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers 100 % santé ont, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.
Sinistre	Réalisation de l'événement susceptible de mettre en jeu une garantie.
Surcomplémentaire	Couverture supplémentaire destinée à compléter les garanties d'une première assurance sur certains postes.
Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR)	Montant qui sert de référence pour le remboursement des médicaments de marque en fonction du prix du générique correspondant.
Ticket Modérateur (TM)	Différence entre le tarif de responsabilité ou la base de remboursement de la Sécurité sociale, et le remboursement qu'elle effectue.

ANNEXE

FINALITÉS	DURÉES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES	BASE LÉGALE DU TRAITEMENT
			EXÉCUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE
- l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ; - la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les co-assureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ; - la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ; - l'élaboration de statistiques et études actuarielles ; - l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ; - la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits.	5 ans à compter de la fin du contrat	- les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, - les délégués de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, - les prestataires, - les sous-traitants, ou les entités des groupes Malakoff Humanis, KLESIA et Audiens dans le cadre de l'exercice de leurs missions, - les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, - les co-assureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties, - les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité, - les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux, - les souscripteurs, les assurés, les adhérents et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants, - s'il y a lieu les bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat, - s'il y a lieu le responsable, les victimes et leurs mandataires ; les témoins, les tiers intéressés à l'exécution du contrat, - s'il y a lieu les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, - les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir, - les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne.	
OBLIGATION LÉGALE RÉGLEMENTAIRE ET ADMINISTRATIVE			
- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.	Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) : - 5 ans à compter de la clôture du compte ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des clients.	- les personnes en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les clients dont ils ont la charge ; - les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée ; - les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment ; - la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor ; - les autorités de contrôle compétentes ; - les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilitées.	

BASE LÉGALE DU TRAITEMENT		
FINALITÉS	DURÉES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
INTÉRÊT LÉGITIME DU RESPONSABLE DE TRAITEMENT		
La mise en place d'actions de prévention	Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions.	- les personnels habilités des groupes, Malakoff Humanis, KLESIA, Audiens et COLONNA FACILITY ; - les sous-traitants, ou les entités des groupes, Malakoff Humanis, KLESIA et Audiens dans le cadre de l'exercice de leurs missions.
La gestion de notre relation commerciale	Pour les clients : - 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale. Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : - 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect.	- les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ; - les services chargés du contrôle ; - les sous-traitants et les partenaires ; - les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.
La lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités des groupes, Malakoff Humanis, KLESIA, Audiens et COLONNA FACILITY	- 6 mois à compter de l'émission de l'alerte. ou - 5 ans à compter de la clôture du dossier Fraude. ou - 2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire. - Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude : 5 ans à compter de l'inscription.	- les personnels en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrats et de sinistres ; - les autres entités des groupes, Malakoff Humanis, KLESIA, Audiens et COLONNA FACILITY dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude ; - les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne ; - les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs ; - le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux ; - le personnel habilité des sous-traitants ; - les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude ; - les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux ; - les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude ; - les auxiliaires de justice et officiers ministériels ; - l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; - les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; - s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants ; - l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; - les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; - s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants.
La prospection commerciale pour les produits et services des Groupes Malakoff Humanis, KLESIA, Audiens et COLONNA FACILITY analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits	Pour les clients : - 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale. Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : - 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect	- les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ; - les services chargés du contrôle. - les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures - les entités des groupes Malakoff Humanis, KLESIA, Audiens et COLONNA FACILITY ; - les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs.

BASE LÉGALE DU TRAITEMENT		
FINALITÉS	DURÉES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
CONSENTEMENT		
La prospection commerciale	<p>Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement</p> <p>En l'absence du retrait du consentement :</p> <p>Pour les clients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale. <p>Pour les prospects :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect. 	<ul style="list-style-type: none"> - les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ; - les services chargés du contrôle ; - les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures ; - les entités des groupes Malakoff Humanis, KLESIA, Audiens et COLONNA FACILITY ; - les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.

MEMO

MEMO

FAITES BÉNÉFICIER VOTRE FAMILLE D'UNE COUVERTURE SANTÉ ET/OU AMÉLIOREZ VOTRE NIVEAU DE GARANTIES

Si votre employeur n'a pas souscrit de contrat collectif complétant les garanties HCR santé, nous vous proposons des solutions :

- Améliorez votre niveau de garanties en souscrivant un des 3 contrats surcomplémentaires.
- Couvrez votre famille en souscrivant un contrat équivalent à celui du présent contrat ou à un des 3 contrats surcomplémentaires.
- Maintenez votre couverture et éventuellement celle de vos ayants droit en cas de suspension ou de rupture de votre contrat de travail.

Exemple 1

Vous souhaitez être mieux remboursé pour la garantie « prothèses dentaires », vous pouvez souscrire un régime surcomplémentaire.

Exemple 2

En qualité de salarié vous êtes seul à bénéficier du contrat HCR Santé. Vous avez la possibilité de souscrire un régime pour votre famille.

Exemple 3

Vous quittez votre société et souhaitez maintenir une couverture identique à celle de votre entreprise, vous pouvez souscrire un contrat Anciens salariés sans carence, ni formalité médicale (vérifiez en préalable si vous êtes éligible à la portabilité).

Connectez-vous à www.cofacility.fr pour compléter votre formulaire de souscription en ligne.

Vous pouvez également y télécharger votre pack adhésion et retourner votre dossier à :

COLONNA FACILITY - 41207 Romorantin CEDEX

www.cofacility.fr



COLONNA
FACILITY

COLONNA FACILITY
41207 ROMORANTIN CEDEX

PLATEFORME ACCUEIL DES ASSURÉS

e-mail : sante@cofacility.fr

Téléphone :

02 54 88 38 12

Fax : 02 54 95 90 96

ACCUEIL PROFESSIONNELS DE SANTÉ & DEMANDES DE PRISES EN CHARGE :

e-mail : sante@cofacility.fr

Téléphone : 02 54 88 38 12

Fax : 02 54 95 90 95

S A N T É

HCR



M-HAELD2007-4161

- **Malakoff Humanis Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale, siège 21 rue Laffitte 75009 Paris - N° SIREN 775 691181
- **KLESIA Prévoyance**, Institution de prévoyance, régie par le titre III du livre IX du Code de la sécurité sociale, ayant son siège social 4 rue Georges Picquart 75017 Paris
- **AUDIENS Prévoyance**, Institution de prévoyance relevant du Code de la sécurité sociale, ayant son siège social 74 rue Jean Bleuzen, 92170 Vanves
- **COLONNA FACILITY**, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 490 527 199, ayant son siège social 52 boulevard du Parc 92200 Neuilly sur Seine

