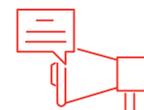


Dispositions générales Santé

Régimes Santé Senior

En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022





Ce document a pour objet de présenter les conditions proposées par Malakoff Humanis Prévoyance aux retraités du Groupe THALES.

Les garanties interviennent en complément de celles de la Sécurité sociale.

Le tableau détaillé des garanties est disponible en annexe (Tableau des garanties réf : MH-16043_2106).

sommaire

Définitions	3
Bénéficiaires.....	3
Changement des conditions d'adhésion.....	4
Conditions d'adhésion	4
Délai de rétractation	5
Cotisations	5
Étendue des garanties.....	5
Cessation des garanties.....	5
Parcours de soins coordonnés	6
Contrats responsables	6
Procédure Noémie	8
Tiers payant	8
Forfait patient urgence	9
Risques exclus	9
Résiliation	9
Formalités générales.....	9
Justificatifs à fournir pour être remboursé.....	10
Versement des prestations.....	15
Délai de prescription.....	15
Justificatifs et contrôle	16
Étendue territoriale.....	16
Autorité de Contrôle.....	16
Déchéance de garantie au sinistre.....	16
Évolutions réglementaires	16
Modalités de révision	17
Réclamations - Médiation	17
Protection des données à caractère personnel.....	17

Frais de santé



Définitions

Assuré : retraité, affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français, qui souscrit au contrat, désigné sous ce nom dans les documents d'adhésion.

Adhésion : acceptation des présentes dispositions générales et des conditions particulières décrites dans le certificat d'adhésion.

Bénéficiaire : personne désignée sous ce nom dans les documents d'adhésion affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français et qui est couverte par les garanties des présentes dispositions générales, moyennant versement d'une cotisation spécifique.

Certificat d'adhésion : document décrivant le régime souscrit, les bénéficiaires garantis, la date d'effet de l'adhésion et des garanties.

Bénéficiaires

Ces régimes garantissent :

- l'assuré lui-même (option individuelle)

ou

- sur sa demande l'assuré lui-même et sa famille (option familiale).

Dans ce cas, les ayants droit sont :

- ses enfants jusqu'à leur 26^e anniversaire pendant la durée de l'apprentissage, du contrat de professionnalisation, ou des études, de l'inscription auprès du Pôle emploi comme demandeur d'emploi au titre d'un stage, immédiatement à l'issue de leurs études, en service civique (entre 16 et 25 ans) et à condition qu'ils ne se livrent pendant cette période à aucune activité rémunératrice habituelle durable ;
- son conjoint non divorcé, non séparé de corps judiciairement, ayant son propre numéro de Sécurité sociale ainsi que ses enfants :
 - jusqu'à la fin du trimestre civil suivant celui de la fin de ses études, du contrat d'apprentissage, ou du contrat de professionnalisation, ou de l'état d'incapacité de travail,
 - jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 18^e ou 26^e anniversaire, ou, s'ils sont

étudiants, jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur 26^e anniversaire,

- jusqu'au terme de leur engagement au titre du service civique.

- les personnes autres que celles décrites ci-dessus : les ascendants, descendants ou collatéraux (jusqu'au 3^e degré) de l'assuré vivant sous le toit de l'assuré.

Si le conjoint est assujéti à un régime spécial de la Sécurité sociale (travailleurs non salariés, commerçants, Mines...), la prestation versée par l'organisme assureur ne peut jamais être supérieure à celle qui serait versée pour un assuré affilié au régime général de la Sécurité sociale.

À défaut de conjoint et à condition que l'assuré soit célibataire, veuf(ve) ou divorcé(e) :

- son concubin ou sa concubine célibataire, veuf(ve) ou divorcé(e) (sous réserve de la production d'un justificatif de domicile commun ainsi que d'une attestation sur l'honneur de vie maritale) ;
- son partenaire ou sa partenaire auquel ou à laquelle l'assuré est lié par un PACS, sous réserve de la production d'un document officiel attestant du PACS ;
- ses enfants célibataires ou ceux de son concubin ou de sa concubine ou ceux de son partenaire ou de sa partenaire, à charge au sens fiscal ou pour lesquels le retraité verse une pension alimentaire :
 - a) en études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé et qu'à ce titre ils soient affiliés au régime de base obligatoire de l'Assurance maladie jusqu'à la fin du trimestre civil suivant celui de la fin de ses études ou jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur 26^e anniversaire ; si l'enfant effectue des études à l'étranger, les prestations versées par l'organisme assureur sont calculées sur la base de remboursement de la Sécurité sociale française,
 - b) en apprentissage ou titulaires d'un contrat d'alternance (qualification, orientation, adaptation) ou d'insertion dans la vie professionnelle, prévu par la législation sociale, jusqu'à la fin du trimestre civil suivant celui de la fin du contrat d'apprentissage,
 - c) handicapés, titulaires avant leur 21^e anniversaire d'une carte d'invalidé civil d'un taux minimum de 80 %

- ou d'une carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité », sans limite d'âge,
- d) remplissant les conditions indiquées en a) et b) qui deviennent handicapés avant l'âge de 26 ans. L'organisme assureur étudiera, cas par cas, les situations particulières,
- e) inscrits auprès du Pôle emploi à la recherche d'un premier emploi jusqu'à leur 26^e anniversaire, en service civique (entre 16 et 25 ans) et jusqu'au terme de leur engagement et à condition qu'ils ne se livrent pendant cette période à aucune activité rémunératrice habituelle et durable. Les enfants définis en a) et b) qui connaissent une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo demandeurs d'emploi.

Conditions d'adhésion

L'adhésion aux régimes Santé Senior est facultative. Chaque assuré a le choix d'y adhérer ou de ne pas y adhérer. **La décision de ne pas adhérer est irréversible.** L'assuré dispose d'un délai d'un an maximum à compter de la date de liquidation de sa pension de retraite pour demander à adhérer à l'un des 3 régimes proposés : Vanoise, Bigorre et Armorique. Passé ce délai, il ne pourra plus demander à adhérer aux régimes Santé Senior.

L'assuré adhérent au régime Vanoise ou Bigorre peut bénéficier d'un allègement* de cotisations sous réserve :

- **d'être sous contrat de travail Thales au moment du départ à la retraite,**
- **d'adhérer à la même date que la liquidation de la pension de retraite,**
- **d'adresser sa demande d'adhésion dans les 3 mois suivant la date de liquidation de la pension de retraite.**

Cet allègement est accordé pour une période de 5 ans maximum. En cas de décès de l'assuré au cours de la

période considérée, la cotisation du conjoint, si ce dernier maintient sa couverture santé à l'un des 2 régimes (Vanoise ou Bigorre) continuera à bénéficier de cet allègement.

La date d'effet de l'adhésion est :

- soit le premier jour de la retraite à condition d'en faire la demande dans les 3 mois (avec application de l'allègement des cotisations),
- soit le premier jour du mois de la date d'adhésion souhaitée le retraité dispose d'un délai d'un an maximum à compter de la date de la liquidation de la retraite pour en faire la demande (sans application de l'allègement des cotisations).

En cas de demande d'adhésion postérieure au départ à la retraite, les dépenses engagées avant le premier jour du mois de son adhésion ne seront pas prises en charge par Malakoff Humanis Prévoyance.

L'adhésion est conditionnée par un double choix :

- choix du régime définissant les garanties ;
- choix de l'option définissant les bénéficiaires des garanties :
 - option individuelle : seul l'assuré est couvert,
 - option familiale : l'assuré et sa famille sont couverts.

Le régime choisi est le même pour tous les membres de la famille.

De ce fait, les garanties retenues pour le(s) bénéficiaire(s) sont identiques à celles retenues par l'assuré.

L'adhésion est annuelle ; elle prend effet dès le premier jour du départ à la retraite ou au premier jour du mois de la demande jusqu'au 31 décembre de l'exercice. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction.

** l'allègement de cotisations est maintenu dans la mesure où la réserve mise à disposition à cet effet par le régime des salariés Thales atteint le montant fixé par les accords collectifs du groupe Thales.*

Changement des conditions d'adhésion

Toute demande de changement de régime ou d'option ou toute demande de résiliation doit être formulée auprès de Malakoff Humanis Prévoyance par un des moyens listés dans le paragraphe « Résiliation ». Lorsqu'il y a modification de la situation de famille, la demande de changement doit être formulée dans les meilleurs délais et obligatoirement dans les 6 mois suivant l'événement familial qui doit être justifié par une pièce d'état civil.

Nature du changement	Sans changement de situation de famille	En cas de changement de situation de famille	Date d'effet du changement
Changement de régime	Après une durée minimum d'adhésion de 3 années civiles avec un délai de prévenance avant le 31 octobre de chaque année.		1 ^{er} janvier de l'exercice suivant la date de la demande
Changement d'option (individuelle ou familiale)	Possible à tout moment. Uniquement pour passer de l'option familiale à l'option individuelle.	Pour passer de l'option individuelle à l'option familiale. Possible en cas de : <ul style="list-style-type: none"> ■ Mariage, conclusion d'un PACS, vie maritale ; ■ Départ à la retraite du conjoint qui bénéficiait en tant qu'actif d'une complémentaire santé obligatoire (fournir une attestation de radiation de cette complémentaire santé). 	Premier jour du trimestre civil qui suit la date de la demande

Délai de rétractation

Dans le cadre de la réglementation sur la vente à distance, l'assuré a le droit de renoncer à son adhésion, dans un délai de 15 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet précisée au bulletin d'adhésion.

Ce régime expire le dernier jour à minuit, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

Le régime ne produit plus ses effets qu'à l'expiration de ce délai sauf si l'assuré demande expressément son exécution à la date prévue au bulletin d'adhésion, en cochant la case prévue à cet effet sur le bulletin d'adhésion.

L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf demande de résiliation par l'assuré dans les conditions prévues au chapitre « Résiliation » de la présente notice d'information.

Modalité d'exercice du droit de rétractation :

Le droit de rétractation s'exerce en adressant au siège social de Malakoff Humanis Prévoyance, dans un délai de 15 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet précisée au bulletin d'adhésion, l'original du bulletin d'adhésion accompagné d'une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée selon le modèle ci-dessous :

« Je soussigné (nom, prénom), déclare renoncer à mon adhésion au régime SANTE SENIOR assuré par Malakoff Humanis Prévoyance, conformément à la réglementation régissant la vente à distance codifiée à l'article L.932-15-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le cas échéant, préciser :

Ayant expressément demandé l'exécution de mon régime à effet de la date prévue au bulletin d'adhésion, je demande le remboursement des cotisations d'assurances déjà versées dans le délai de 15 jours prévu par la loi et m'engage à vous rembourser le montant des prestations perçues pendant ce même délai. » (date, nom, prénom, adresse, signature).

Si l'assuré a souhaité que le régime commence à être exécuté à la date prévue au bulletin d'adhésion (et non à l'issue du délai de 15 jours), la rétractation entraîne :

- la restitution par l'assuré à Malakoff Humanis Prévoyance de l'intégralité des prestations payées ;
- la restitution par Malakoff Humanis Prévoyance à l'assuré de l'intégralité des cotisations payées ;

dans les meilleurs délais, et au plus tard dans le délai de 30 jours à compter du jour où Malakoff Humanis Prévoyance a reçu la lettre de rétractation. Au-delà de ce délai, la somme due est de plein droit productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

Cotisations

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, intégralement à la charge de l'assuré, dont le montant est notifié par l'organisme assureur à l'aide d'un bordereau, sont payables d'avance mensuellement ou trimestriellement, par prélèvement automatique sur le compte de l'assuré.

L'assuré qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du bénéfice des garanties. L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les

sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'assuré est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de son adhésion aux garanties.

Étendue des garanties

Les garanties (voir tableau de garanties réf : MH-16043_2106) jouent pour les frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à remboursement par la Sécurité sociale au titre du régime Maladie et Maternité.

Elles jouent également pour certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale exclusivement lorsque ceux-ci sont nommément définis dans le tableau des prestations du régime considéré.

En aucun cas, la garantie versée par Malakoff Humanis Prévoyance à un assuré pour lui-même ou pour ses ayants droit par l'un de ces régimes, additionnée à celle versée par la Sécurité sociale et par un autre régime de prévoyance complémentaire le cas échéant, ne peut dépasser, pour chaque acte, les frais réels engagés.

Malakoff Humanis Prévoyance prend en charge, pour le calcul de ses garanties, les frais réels qui ont été portés à la connaissance de la Sécurité sociale et qui figurent sur un décompte de cet organisme.

Les garanties ne sont versées que pour les frais engagés au titre de maladies, soins ou accidents postérieurement à l'adhésion, pendant la durée de l'adhésion et sur présentation des justificatifs énoncés dans le paragraphe « Justificatifs à fournir pour être remboursé ».

Les garanties sont exprimées :

- soit en pourcentage des frais réellement engagés ;
 - soit en pourcentage des frais réels limités à un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, y compris le remboursement de la Sécurité sociale. Elles sont versées sous déduction des prestations versées par cette dernière et, le cas échéant, par tout autre organisme complémentaire.
- Le montant des garanties est, pour certains frais, exprimé dans la limite :
- soit d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ;
 - soit d'un forfait exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS valeur au 1^{er} janvier de l'année de l'événement) ;
 - soit en pourcentage des frais réellement engagés (FR) et un forfait exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale ;
 - soit d'un forfait combinant ces différents éléments.

Cessation des garanties

Le décès de l'assuré met fin à l'adhésion au régime de l'ensemble des bénéficiaires le jour du mois de survenance du décès.

Une nouvelle adhésion peut être souscrite par le conjoint (ou assimilé) ou à défaut par tout autre bénéficiaire de l'assuré décédé, s'il est souscrit dans les deux mois qui suivent le décès de l'assuré.

Parcours de soins coordonnés

Définition du parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés consiste, pour l'assuré ou son ayant droit (âgé de plus de 16 ans), à choisir et désigner à sa CPAM un médecin traitant qu'il consulte en premier lieu en cas de problème de santé. Si cela s'avère nécessaire, c'est le médecin traitant qui orientera l'assuré vers un autre praticien spécialiste (médecin correspondant).

Si l'assuré respecte cette procédure de consultations, il est considéré "dans le parcours de soins", sinon, notamment s'il consulte un autre praticien sans passer par son médecin traitant, il est considéré "hors parcours de soins".

Situations particulières : l'assuré ou son ayant droit n'est pas considéré "hors parcours de soins" s'il consulte un médecin autre que son médecin traitant dans les cas suivants :

- lorsqu'il est éloigné de son lieu de résidence habituelle ;
- en cas d'urgence ;
- lorsque les actes et consultations sont assurés par le médecin remplaçant du médecin traitant ;
- lorsqu'il consulte directement un médecin généraliste installé depuis moins de 5 ans ;
- pour les actes et consultations effectués par un médecin en consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie, ou de lutte contre les toxicomanies.

Certains spécialistes peuvent être consultés directement sans que le patient ne soit considéré "hors parcours de soins" :

- les gynécologues médicaux et obstétriciens ;
- les ophtalmologues ;
- les psychiatres et neuropsychiatres (uniquement pour les assurés âgés de moins de 26 ans) ;
- les chirurgiens dentistes et les auxiliaires médicaux.

Contrats responsables

Garanties

L'organisme assureur ne rembourse pas :

- conformément à l'article L.160.13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile ;
- conformément à l'article L.160.13 II du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.322-5 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L.321-1 du Code de la Sécurité sociale) ;
- conformément à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le

bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés ;

- la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du Code de la santé publique (accès au dossier médical personnel) ;
- les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le bénéficiaire consulte sans prescription du médecin traitant ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Les garanties présentes dans le tableau des garanties référencé MH-16043_2106 joint aux présentes dispositions générales sont adaptées au cahier des charges du contrat responsable.

Elles respectent l'obligation de couvrir au minimum l'intégralité de la participation du bénéficiaire (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'Assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale.

Si les remboursements sont plafonnés (plafond par acte, plafond global de garanties), l'organisme assureur prendra en charge le ticket modérateur au-delà dudit plafond consommé (excepté pour le poste optique équipement de lunetterie assurant une garantie au-delà des tarifs de responsabilité).

Seuls les frais de cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'Assurance maladie est fixée à 30 % et à 15 % ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques (article R322-1 6°, 7°, 10° et 14° du Code de la Sécurité sociale) sont exclus de cette obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur ; ces frais sont remboursés selon les conditions du régime.

Professionnels non conventionnés

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'Assurance maladie obligatoire, les remboursements complémentaires au titre du contrat sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée)

Suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016 publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016 afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions contractuelles « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées respectivement par « dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ». Ce dispositif engage les médecins signataires à ne pas augmenter leurs honoraires libres et à facturer une partie de leurs consultations à hauteur de la Base de Remboursement (BR). Les contrats responsables imposent une garantie différenciée selon que le médecin a signé ou non un DPTAM.

Pour savoir si le médecin est signataire d'un DPTAM, rendez-vous sur annuaire.sante.ameli.fr. Ce dispositif est plus connu sous le nom d'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM).

Dispositif 100% Santé

Votre contrat répond aux dispositions de la réforme dite « 100 % Santé ».

Elle a pour objectif de vous proposer, en plus de vos garanties actuelles, des offres sur une sélection de lunettes, d'aides auditives et de prothèses dentaires sans reste à charge.

Les autres dispositions relatives au contrat solidaire et responsable restent inchangées.

Les garanties optiques dentaires ou auditives sont modifiées.

1. Optique

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

Deux classes d'équipement optique sont 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 planchers 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 ».

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage.

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 l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2018, date de mise en conformité avec les dispositions contrat responsable.

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.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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

Trois paniers de soins prothétiques sont 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/modérés, 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.

3. Aide auditive

Deux classes d'équipement auditif sont 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 1700 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 l'Institution, depuis le 1^{er} janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Prévention

Les actes de prévention sont pris en charge par le régime.

Procédure Noémie (Norme d'Ouverture d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Externes)

Cette procédure consiste, sur demande, en la télétransmission directe et automatique à l'organisme assureur par la Sécurité sociale de l'image informatique de son décompte papier le jour même du traitement, d'où une réduction des délais de remboursement.

Il n'est plus nécessaire d'attendre de recevoir le décompte papier de la Sécurité sociale pour le transmettre ensuite à l'organisme assureur, seuls les justificatifs indiqués dans le paragraphe « Justificatifs à fournir pour être remboursé » sont à adresser à l'organisme assureur pour le versement des prestations.

Cette procédure est ouverte à l'assuré et à ses ayants droit remboursés par le régime général de la Sécurité sociale et qui n'ont pas de régime complémentaire personnel (si tel est le cas, le dossier à rembourser doit être envoyé en priorité à leur organisme propre). La demande doit être effectuée sur le bulletin d'affiliation.

Les échanges Noémie ne concernent pas les travailleurs non-salariés (commerçants, artisans...) ainsi que les assurés à un régime spécial de Sécurité sociale (agricole, SNC...).

Pour en bénéficier, merci d'en faire la demande par écrit auprès de Malakoff Humanis Prévoyance.

Si l'assuré ne bénéficie pas de la procédure Noémie, ou ne souhaite pas en bénéficier, ses ayants droit ne pourront pas en profiter.

Tiers payant

La mise en œuvre du TP

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 notre organisme et que l'ensemble des pièces justificatives demandées par notre organisme 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.

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 TP papier et sa version dématérialisée

Notre organisme 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 notre organisme.

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 notre organisme 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

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.

Hospitalisation chirurgicale et médicale

Le système de prise en charge permet au bénéficiaire de ne pas avoir à faire l'avance des frais engagés et d'être garantis en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale :

- en service public des hôpitaux ;
- dans une clinique médicale conventionnée.

Toutefois, ne sont pas pris en charge :

- **le supplément pour chambre particulière et lit d'accompagnement au-delà des limites indiquées dans les tableaux des prestations ;**
- **les dépenses personnelles (téléphone, télévision...).**

Risques exclus

Ne sont pas pris en charge par l'organisme assureur :

- **les actes référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme,**
- **les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou à la date d'effet de l'affiliation des bénéficiaires tels que définis au chapitre « Définitions »,**
- **les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires tels que définis au chapitre « Définitions »,**
- **la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soin prévues par le Code de la sécurité sociale,**
- **les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé,**
- **tout acte pris en charge par des dotations d'État, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).**
- **tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale,**
- **tout sinistre résultant :**
 - d'interventions de chirurgie esthétique et de rajeunissement ; ne sont pas visés par cette exclusion

les interventions de chirurgie plastique liées à une maladie ou un accident sous réserve qu'elles soient prises en charge par la Sécurité sociale et pour lesquelles le médecin-conseil de l'Organisme assureur a rendu un avis favorable ;

- d'interventions de chirurgie liées à une transformation sexuelle ;
- d'interventions chirurgicales résultant de blessures ou lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur.

Ces exclusions ne s'appliquent pas aux actes visés par les obligations minimales de prise en charge fixées aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Résiliation

L'adhésion individuelle de l'assuré cesse :

- à l'échéance annuelle au 31 décembre d'un exercice sous réserve d'une notification adressée à l'organisme assureur 2 mois avant cette date : le 31 octobre de ce même exercice au plus tard ;
- après l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification de l'assuré.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Lorsque l'adhésion au contrat est valablement dénoncée dans les conditions prévues, l'assuré n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation.

Dans le cas où l'assuré souhaite dénoncer son adhésion au contrat afin de demander une nouvelle adhésion auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'assuré souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation dans les conditions prévues ci-dessous. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

Lorsque l'assuré a le droit de résilier le contrat, la notification de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'assuré :

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Formalités générales

Il convient de transmettre les dossiers de remboursements via l'Espace client ou par courrier à l'adresse :

**Malakoff Humanis Prévoyance - Service Prestations Santé
Thales - 21 rue Roger Salengro
94132 Fontenay-sous-Bois cedex**

Le dossier doit comporter les justificatifs indiqués dans le paragraphe « Justificatifs à fournir pour être remboursé » et être accompagné de votre numéro d'adhérent ou de Sécurité sociale.

Les demandes de remboursement doivent être déposées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date du règlement effectué par la Sécurité sociale.

Justificatifs à fournir pour être remboursé

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 notre organisme.

Toute somme versée à tort sera réclamée par notre organisme.

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, notre organisme 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, notre organisme 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 notre organisme 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.

BON À SAVOIR : Pour simplifier les demandes de remboursement, il convient de demander la télétransmission NOEMIE !

Comment envoyer les justificatifs à Malakoff Humanis Prévoyance ?

Nous recommandons de nous adresser l'ensemble des justificatifs via l'Espace client, rubrique « Demander un remboursement ». Les demandes de remboursement seront traitées en priorité !

	Avec télétransmission Noémie	Sans télétransmission Noémie
Hospitalisation :		
<ul style="list-style-type: none"> • en hôpital public • en clinique conventionnée • en clinique non conventionnée 	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 Le décompte de remboursement de la Sécurité sociale sera demandé pour les cliniques non conventionnées	
• forfait hospitalier		Facture acquittée
Transports (hors SMUR)	Néant	Facture acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
Consultations, visites, pharmacie, analyses, laboratoires, petite chirurgie, radiologie, auxiliaires médicaux	Néant	Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces justificatives
Orthopédie, petit appareillage, prothèses auditives	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	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 + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale

	Avec télétransmission Noémie	Sans télétransmission Noémie
Cures thermales	Facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal + Facture acquittée et détaillée mentionnant l'ensemble des dépenses y compris les frais de transport et d'hébergement	Facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal + Facture acquittée et détaillée mentionnant l'ensemble des dépenses y compris les frais de transport et d'hébergement + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
Dentaire :		
• soins dentaires, parodontologie remboursés par la Sécurité sociale	Devis détaillé et accepté par l'assuré + Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés ainsi que le numéro des dents concernées	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Devis détaillé et accepté par l'assuré + Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés ainsi que le numéro des dents concernées
• prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés ainsi que le numéro des dents concernées	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Devis détaillé et accepté par l'assuré + Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés ainsi que le numéro des dents concernées
• parodontologie et prothèses non remboursés par la Sécurité sociale • implant et pilier implantaire	Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés ainsi que le numéro des dents concernées	
Dentaire :		
• orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	Devis détaillé et accepté par l'assuré + Facture détaillée et acquittée indiquant la date de début et de fin du semestre de traitement	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Devis détaillé et accepté par l'assuré + Facture détaillée et acquittée indiquant la date de début et de fin du semestre de traitement
• orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	Devis détaillé et accepté par l'assuré + facture détaillée et acquittée indiquant la date de début et de fin du semestre de traitement <i>Attention, notre participation sur les frais d'orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale n'intervient qu'au terme de chaque semestre de traitement</i>	
Optique :		
	Facture détaillée et acquittée + prescription médicale initiale ou modifiée par l'opticien ayant adapté la vue + Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'opticien	Facture détaillée et acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + prescription médicale initiale ou modifiée par l'opticien ayant adapté la vue + Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'opticien
• verres - monture		<i>Attention, en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue : Facture détaillée et acquittée + Ancienne et nouvelle prescriptions médicales ou Nouvelle prescription médicale et tout document de l'opticien précisant la correction de l'équipement précédent ou Prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction</i>

	Avec télétransmission Noémie	Sans télétransmission Noémie
• lentilles remboursées par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + Prescription médicale initiale ou modifiée par l'opticien ayant adapté la vue	Facture détaillée et acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Prescription médicale initiale ou modifiée par l'opticien ayant adapté la vue
• lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	Prescription médicale initiale ou modifiée par l'opticien ayant adapté la vue + Facture détaillée et acquittée	
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale ⁽³⁾	Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit	
Autres soins	Prescription médicale (sauf pour l'ostéopathie, l'étiopathie, la chiropractie, acupuncture ⁽²⁾ et la kinésithérapie méthode Mézières, et dans certains cas les vaccins) + Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état ⁽²⁾ dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI ou RPPS ⁽⁴⁾	

(1) Les consultations chez un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologiste ainsi que les soins dentaires peuvent faire l'objet d'un dépassement d'honoraires dans les situations suivantes :

- en cas d'une exigence particulière de votre part comme, par exemple, une consultation en dehors des horaires habituels du cabinet ;
- vous consultez un chirurgien-dentiste qui dispose d'un droit permanent à dépassement (DP) ;
- vous consultez un médecin stomatologiste qui exerce en secteur 2, dit secteur à honoraires libres.

Dans chacune de ces situations, votre chirurgien-dentiste ou votre médecin stomatologiste est tenu de vous en informer au préalable.

Si votre chirurgien-dentiste ou votre médecin stomatologiste appliquent les dépassements d'honoraires dans d'autres situations que celles mentionnées ci-dessus, vous serez remboursé sur la base du tarif conventionnel, c'est-à-dire dans la limite du ticket modérateur.

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

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

4) RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé.



Les services avantages

Nous vous accompagnons en innovant au quotidien pour vous donner le meilleur et vous faciliter l'accès aux soins. Vous bénéficiez ainsi **d'une offre de services plus performante : réseaux de soins Kalixa, ComparHospit, téléconsultation et une assistance en cas de besoin.**

Kalixa : la qualité à prix négocié

KALIXIA OPTIQUE

Vous avez un problème de vue, comment maîtriser vos dépenses ?

1. Avec les opticiens partenaires du réseau Kalixa, bénéficiez d'équipement de qualité au meilleur coût (plus de 100 € d'économie en moyenne ⁽¹⁾). Géolocalisez les depuis votre Espace client.
2. Informez-vous sur le coût des équipements avec notre service Devis conseil express et recevez instantanément par SMS le montant éventuel à votre charge.
3. Évitez l'avance de frais ⁽²⁾ et simplifiez vos démarches grâce à votre carte de tiers payant, acceptée chez tous les opticiens partenaires Kalixa.
4. Suivez vos remboursements depuis votre Espace client.

⁽¹⁾ Valeur indicative observée en moyenne sur la base des remboursements effectués par notre organisme à équipement équivalent.

⁽²⁾ À hauteur des garanties souscrites.

Le +

Le réseau Kalixa optique permet à 3 assurés sur 4 de choisir un équipement comprenant une monture de marque et des verres de haute technicité sans aucun reste à payer.

KALIXIA AUDIO

Vous avez un problème d'audition, comment bien vous équiper ?

1. Depuis votre Espace client, trouvez votre audioprothésiste parmi les audioprothésistes partenaires de votre nouveau réseau Kalixa audio et bénéficiez de prestations de qualité au meilleur coût.
2. Informez-vous sur le coût des équipements avec notre service Devis conseil express et recevez instantanément par SMS le montant éventuel à votre charge.
3. Évitez l'avance de frais ⁽¹⁾ et simplifiez vos démarches grâce à votre carte de tiers payant, acceptée chez tous les audioprothésistes partenaires Kalixa.
4. Suivez vos remboursements.

⁽¹⁾ À hauteur des garanties souscrites.

⁽²⁾ Valeur indicative observée en moyenne sur la base des remboursements effectués par notre organisme à équipement équivalent pour un double appareillage.

Le +

Avec le réseau Kalixa audio, vous bénéficiez sur tous les équipements de tarifs négociés sans avance de frais ⁽¹⁾ (économie moyenne de 600 € ⁽²⁾ sur un double appareillage).

KALIXIA DENTAIRE

Vous avez besoin de soins dentaires, comment bien vous soigner ?

1. Depuis votre espace client, choisissez parmi les chirurgiens-dentistes partenaires du réseau Kalixa dentaire et bénéficiez de soins de qualité à honoraires négociés.
2. Informez-vous sur le coût des équipements avec notre service Devis conseil express et recevez instantanément par SMS le montant éventuel à votre charge.
3. Évitez l'avance de frais ⁽¹⁾ et simplifiez vos démarches grâce à votre carte de tiers payant, acceptée chez tous les chirurgiens-dentistes partenaires Kalixa.
4. Suivez vos remboursements depuis votre Espace client.

⁽¹⁾ À hauteur des garanties souscrites

⁽²⁾ Valeur indicative observée en moyenne sur la base des remboursements effectués par notre organisme à équipement équivalent.

Le +

- En passant par le réseau Kalixa dentaire,
- vous économisez jusqu'à 650 € ⁽²⁾ en moyenne sur certains actes comme l'implant,
 - vous bénéficiez d'honoraires négociés en soins prothétiques, d'implantologie, d'orthodontie et de parodontologie

KALIXIA OSTÉO

1. Avec des ostéopathes partenaires sélectionnés pour la qualité de leur pratique, profitez des honoraires négociés et plafonnés par département.
2. Vous avez la possibilité de prendre des rendez-vous en ligne pour les ostéos qui le proposent.



Où trouver un professionnel partenaire du réseau KALIXIA ?

Utilisez la géolocalisation via votre Espace client pour trouver le partenaire le plus proche de chez vous.

Comparhospit.fr : préparer votre hospitalisation sereinement

Être hospitalisé peut vite représenter une source d'inquiétude. Quel hôpital ? Quel prix ? Nous ne vous laissons pas seul dans ces moments là et nous vous accompagnons en mettant à votre disposition le site internet Comparhospit accessible depuis votre Espace client.

1. depuis votre Espace client, informez-vous sur les établissements hospitaliers et accédez aux indicateurs de qualité et avis de patients sur l'ensemble des hôpitaux et cliniques,

2. renseignez-vous sur le coût des soins avec notre service Devis et obtenez une estimation du montant pris en charge pour vos frais d'hébergement et honoraires médicaux,

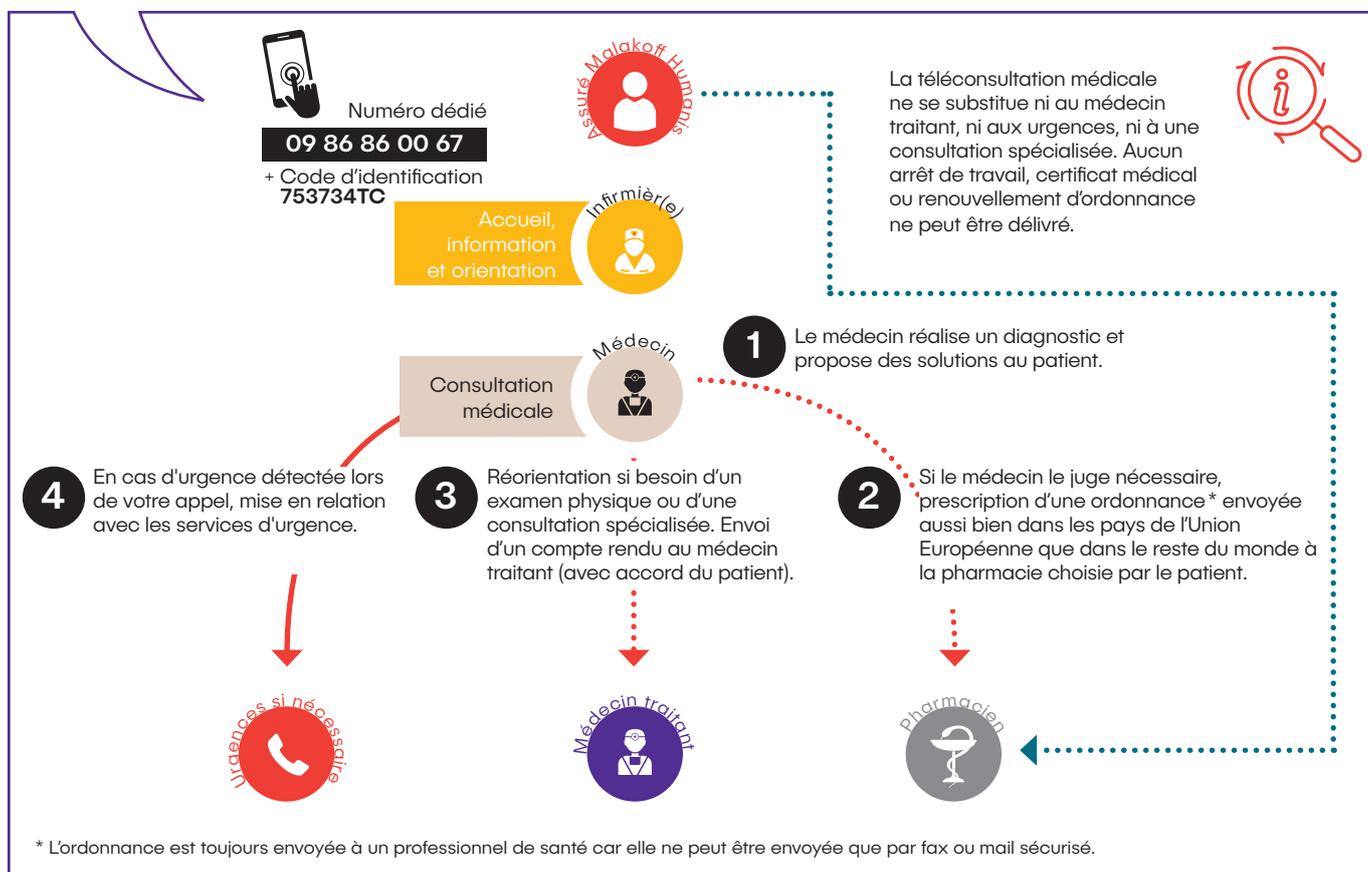
3. engagez vos frais médicaux avec votre carte de tiers payant pour éviter l'avance de frais. En cas de dépassements d'honoraires, adressez votre facture scannée ou photographiée,

4. suivez vos remboursements depuis votre Espace client.

La téléconsultation : votre santé sans délai

Afin de faciliter votre quotidien, notre organisme met à votre disposition l'accès au service de téléconsultation. Sur simple appel, vous êtes mis en relation avec une équipe médicale afin de faire le point sur votre situation et trouver des solutions adaptées dans le respect de la confidentialité.

Ce service, disponible 24h/24 et 7j/7 depuis la France ou à l'étranger, est limité à 5 téléconsultations par an par bénéficiaire.



L'Assistance en cas de coups durs

Une maladie, une hospitalisation, un accident ou encore un décès... peuvent venir perturber votre équilibre familial.

Notre organisme vous accompagne et vous propose une aide immédiate et adaptée.

Retrouvez le détail des prestations et des modalités dans la notice prévue à cet effet.

CONTACT

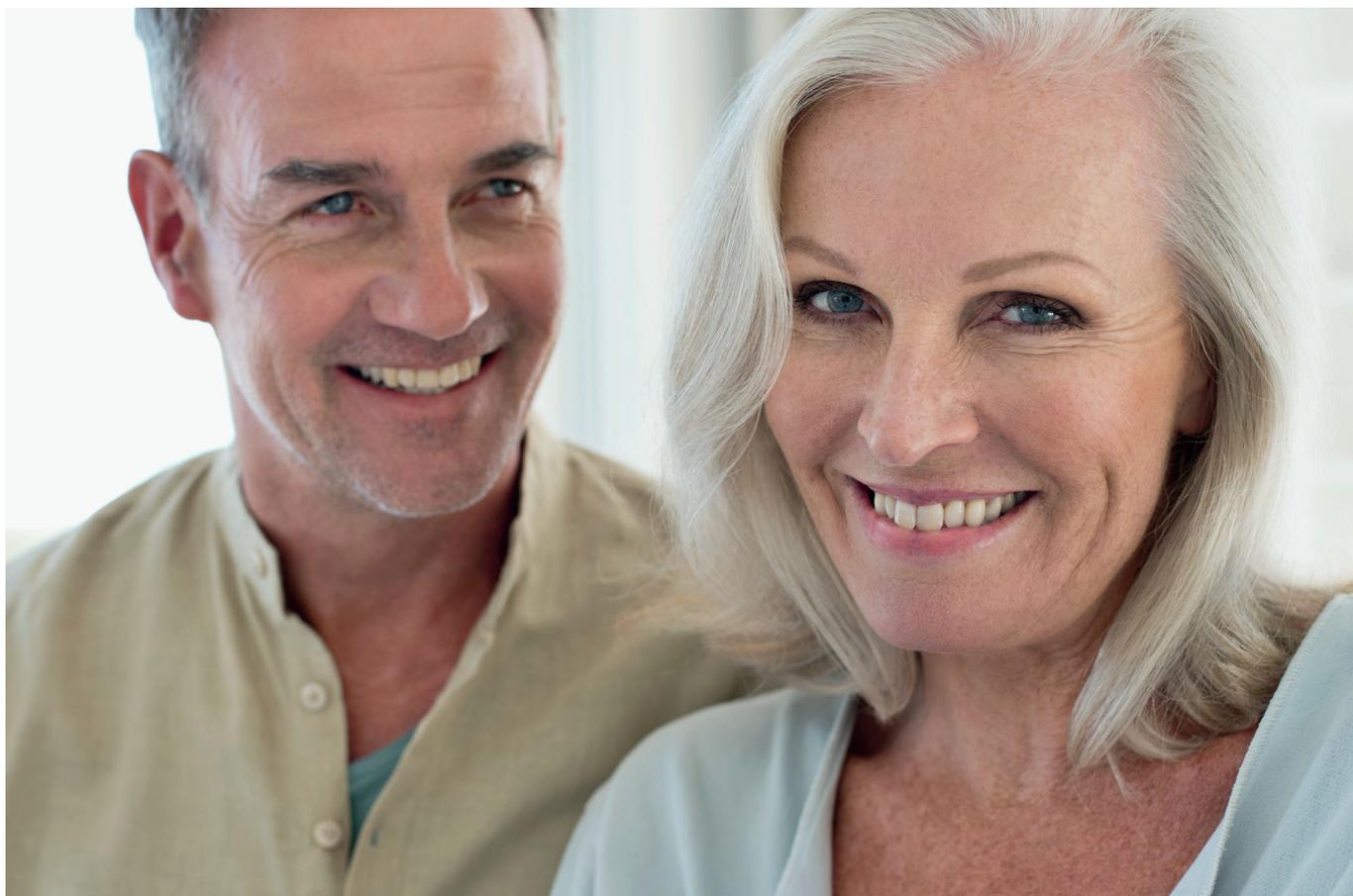
N° Cristal **09 79 99 03 03**

APPEL NON SURTAXÉ

Du lundi au samedi de 8h à 20h

Avec votre identifiant numéro de convention n° 753734

Garantie assistance assurée par AUXIA Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital de 1 780 000 euros - RCS de Paris 351 733 761 - Siège social au 21, rue Laffitte, 75009 Paris.



Versement des prestations

Le montant des remboursements est viré directement sur le compte bancaire de l'assuré ou de son ayant droit et le décompte correspondant est disponible dans l'Espace client de l'assuré. A la demande de l'assuré, il peut être adressé à son domicile et/ou par mail.

Afin d'enregistrer les coordonnées bancaires d'un ayant droit, l'assuré doit adresser à l'organisme assureur le RIB du bénéficiaire des remboursements, la copie de sa carte d'identité ainsi que l'accord signé par les deux parties.

L'assuré doit impérativement signaler à l'organisme assureur les changements d'adresse, de CPAM et/ou de compte bancaire.

Délai de prescription

Toutes actions dérivant des présentes dispositions générales sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui leur donne naissance conformément à l'article L932-13 du Code de la Sécurité sociale.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation des risques garantis au titre des présentes dispositions générales, que du jour où les intéressés en ont connaissance s'ils prouvent qu'ils les ont ignorés jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par :

- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique avec accusé de réception concernant l'action en paiement des cotisations ou des prestations et la désignation d'un expert ;
- la citation en justice ;
- l'impossibilité d'agir ;
- la reconnaissance par l'organisme assureur (ou l'assuré) du droit de l'assuré (ou de l'organisme assureur) contre lequel il prescrivait ;
- la reconnaissance de dettes.

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

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- **en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation : de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique avec demande d'avis de réception par l'organisme assureur à l'entreprise adhérente, lorsque celle-ci assure le précompte de la cotisation au titre du contrat collectif ou à l'assuré, lorsque l'entreprise adhérente n'assure pas ce précompte ou en présence d'un contrat individuel,**
- **en ce qui concerne le règlement de la prestation : de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique avec demande d'avis de réception par l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'organisme assureur.**

La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi du recommandé électronique fait foi de la date d'envoi.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais de prescription ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

Justificatifs et contrôle

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », à l'attention de « Monsieur le Médecin-conseil - Centre de Service Prestations Santé » dont l'adresse figure sur sa carte de tiers payant.

Le service médical de l'organisme assureur peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par l'organisme assureur ou, en cas de fraude avérée, par le bénéficiaire.

Lors du contrôle médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'organisme assureur se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation de l'assuré. L'organisme assureur peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations, y compris après résiliation du contrat. 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.

Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux.

L'organisme assureur se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli etc ...).

En cas de refus de se soumettre au contrôle médical ou à défaut de fournir les justificatifs demandés, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge.

Étendue territoriale

Les garanties du régime s'exercent en France métropolitaine ou dans les départements d'Outre Mer. Elles s'étendent aux accidents survenus et aux maladies contractées à l'étranger lorsque le régime obligatoire de la Sécurité sociale s'applique. En tout état de cause, les prestations versées par l'organisme assureur sont calculées sur la base de remboursement de la Sécurité sociale française.

Le règlement des prestations est effectué en France ou dans les départements d'Outre Mer, en euros.

Autorité de Contrôle

Une Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) s'assure du respect des engagements contractés par les institutions de prévoyance à l'égard de leurs assurés, bénéficiaires et ayants droit. Ceux-ci peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser d'éventuelles réclamations au siège de l'organisme assureur.

En outre, lorsque ces réclamations concernent le règlement de l'organisme assureur ou le contrat, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle dont les coordonnées sont les suivantes :

ACPR
4 Place de Budapest CS 92459
75436 Paris cedex 09

Déchéance de garantie au sinistre

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

- **s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,**
- **s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.**

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.

Évolutions réglementaires

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur **la notification de la modification. L'assuré peut toujours refuser la proposition en respectant les « Modalités de révision » prévues décrites ci-après.**

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, l'assuré peut toujours refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés au chapitre « Cessation de garanties »**. Le contrat est alors résilié dans les dix (10) jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par lettre recommandée de l'organisme assureur, l'organisme assureur considérera que l'assuré a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

Réclamations - Médiation

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée par mail à **reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com** ou par courrier à **l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance- 78288 Guyancourt Cedex**.

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

Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré et les bénéficiaires sont informés par Malakoff Humanis Prévoyance ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que : Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, règlementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'assuré et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé

en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

Vos contacts utiles Malakoff Humanis

Une question sur votre contrat ?

3 SOLUTIONS :

Espace client : malakoffhumanis.com
Téléphone : **0969 39 74 74** (appel non surtaxé)
du lundi au vendredi de 8h30 à 19h
Courrier : Malakoff Humanis Prévoyance
303 rue Gabriel Debacq
45777 Saran Cedex

Besoin d'effectuer une démarche santé ?

Pour demander une prise en charge hospitalière

3 SOLUTIONS :

Espace client : www.malakoffhumanis.com
Application smartphone : Malakoff Humanis
Fax : **01 58 82 40 39**

Pour demander un devis dentaire

Espace client : www.malakoffhumanis.com

Pour demander un remboursement santé

2 SOLUTIONS :

Espace client : www.malakoffhumanis.com
Courrier : Malakoff Humanis Prévoyance
Service Prestations Santé THALES
21 rue Roger Salengro
94132 Fontenay-sous-Bois Cedex

Pour contacter les activités sociales

Téléphone : **3996*** (service gratuit + prix d'un appel local)
du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30
* Hors métropole : **09 74 75 39 96**
(service gratuit + prix d'un appel local)