

Notice d'information Santé

Garantie réservée au personnel en suspension
ou après rupture du contrat de travail

En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022



Sommaire

Pour mieux se comprendre	3
Objet	5
Prise d'effet des garanties	5
Bénéficiaires	5
Tableau des prestations contractuelles	7
Risques exclus	12
Procédure Noémie	12
Tiers payant généralisé	12
Hospitalisation / prise en charge	12
Les services avantages	13
Justificatifs à fournir	16
Les services en ligne sur malakoffhumanis.com	18
L'accompagnement social est à vos côtés	19
Versement des prestations	20
Cessation des garanties	20
Références légales	20

Pour mieux se comprendre

Accidents

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure de l'assuré.

Actes

Les actes pris en considération sont ceux :

- référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement,
- non référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures mais expressément prévus dans la présente notice qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro d'ADEL.

Assuré

Personne physique affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français et aux présents contrats, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la catégorie assurée définie au contrat d'assurance.

Base de Remboursement (BR)

Le tarif défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. Les montants correspondant aux différents actes sont disponibles sur le site ameli.fr.

Bénéficiaires

L'assuré, le conjoint et les personnes à charge affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie français, définies dans la présente notice au paragraphe « BÉNÉFICIAIRES ».

Contrat socle

Contrat collectif complémentaire qui intervient immédiatement après la Sécurité sociale et avant le contrat surcomplémentaire.

Contrat socle responsable et solidaire

Par « **solidaire** », on entend un contrat dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Par « **responsable** », on entend un contrat qui 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 L.911-7 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 I 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 précisées ci-après,

- 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.

Lorsque 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.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le contrat prend 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 au 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. du Code de la sécurité sociale,
- un montant minimum pour des 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 du présent contrat respectent **les obligations minimales et maximales légales et règlementaires** de prise en charge.

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

Contrat surcomplémentaire

Le contrat est :

- « **non-responsable** » et en conséquence n'est pas tenu de respecter les obligations prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

et

- « **solidaire** » puisque les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Pour les garanties optique, dentaire ou aide auditive, les définitions du 100 % Santé s'appliquent.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassement d'honoraire. La nouvelle convention médicale publiée au Journal Officiel, du 23 octobre 2016, remplace l'ancien « Contrat d'Accès aux soins » par « l'OPTAM » (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée) et « OPTAM-CO » (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique). Ce dispositif est plus connu sous le nom d'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM).

Pour savoir si le médecin est signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO, rendez-vous sur annuaire.sante.ameli.fr.

Forfait patient urgence

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a prévu la mise en place du forfait patient urgence 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.

Franchise

Somme déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

La franchise n'est pas remboursée par l'organisme assureur.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité

Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations

Nomenclatures

Codification des actes et des médicaments donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale.

Organisme assureur

Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège social: 21 rue Laffitte, 75009 Paris
N° SIREN 775 691 181.

Parcours de soins coordonnés

Passage par un médecin traitant choisi par l'assuré avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue, stomatologue ainsi que psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 à moins de 26 ans).

Le non-respect du parcours de soin engendre la majoration du ticket modérateur qui ne sera pas pris en charge par l'organisme assureur.

Participation forfaitaire

Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale à la charge des bénéficiaires qui concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques.

Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'organisme assureur.

Participation forfaitaire actes lourds

Ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'Etat et dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.

Cette participation forfaitaire est remboursée par l'organisme assureur.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Plafond servant de base à la Sécurité sociale fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel.

Portabilité

Maintien des garanties frais de santé accordé aux anciens salariés demandeurs d'emploi et bénéficiaires en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

Prestations en nature

Remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) présentées par les bénéficiaires.

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de la Sécurité sociale. Il est constitué :

- du ticket modérateur, étant rappelé que la participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'organisme assureur ;
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

Secteur conventionné

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés. À l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels de secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la Sécurité sociale.

Secteur non conventionné

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée. 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.

Sécurité sociale

Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires.

Service médical rendu (S.M.R.)

Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par la Sécurité sociale.

Souscripteur

Personne morale qui a conclu le contrat d'assurance avec l'organisme assureur au bénéfice au bénéfice des salariés appartenant à la catégorie assurée définie en couverture de la présente notice.

Tarif d'autorité

Base de remboursement forfaitaire permettant de calculer le remboursement de la Sécurité sociale des professionnels non conventionnés.

Tarif forfaitaire de responsabilité (T.F.R.)

Tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments. Il est destiné à prendre en charge, sur la base d'un tarif unique, des produits équivalents en termes d'efficacité. Il est calculé à partir du prix des médicaments génériques les moins chers.

Objet

Les garanties dont bénéficiait l'assuré en tant que salarié du groupe THALES s'interrompent à la date de rupture ou de suspension de son contrat de travail ou de fin de droit au titre de la portabilité. L'assuré peut alors, à son initiative, demander à conserver à titre personnel les garanties souscrites précédemment.

Peut demander le maintien des garanties frais de santé :

- le salarié démissionnaire (**pour une durée de 3 mois maximum**) ;
- le salarié ayant achevé un contrat à durée déterminée de plus de 6 mois consécutifs (**pour une durée de 3 mois maximum**) ;
- le salarié licencié et indemnisé par le Pôle emploi au terme de la portabilité des droits ;
- le salarié en suspension de contrat de travail non rémunéré et/ou indemnisé.

La durée d'affiliation pour les salariés créant leur entreprise est de 2 ans maximum.

Les contrats souscrits ont pour objet de servir aux intéressés (ci-après dénommés assurés) et à leurs ayants droit, des prestations complémentaires s'ajoutant aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

Ils interviennent également pour certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale exclusivement lorsque ceux-ci sont nommément définis dans le tableau des garanties.

Les garanties servies par les contrats sont définies dans les tableaux ci-après, et s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale ou le cas échéant, par tout régime obligatoire d'assurance maladie français.

Votre couverture Santé se compose de :

- un contrat socle responsable,
- un contrat surcomplémentaire non responsable.

L'assuré peut souscrire au contrat socle ou aux contrats socle et surcomplémentaire. En aucun cas, il ne peut adhérer au contrat surcomplémentaire uniquement.

Les garanties versées par Malakoff Humanis Prévoyance à un assuré pour lui-même ou pour ses ayants droit sont, dans tous les cas, limitées pour chaque acte, aux frais réels engagés.

Pour les garanties exprimées en pourcentage du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale), le montant du plafond retenu est celui en vigueur au 1^{er} janvier de l'année de l'événement.

Malakoff Humanis Prévoyance ne prend en considération pour le calcul de ses garanties, que les frais réels qui figurent sur le décompte de la Sécurité sociale (sauf dispositions prévues dans les tableaux présents dans le paragraphe « Tableau des prestations contractuelles en vigueur depuis le 01/01/2022 ». Les honoraires non déclarés à la Sécurité sociale ne sont pas remboursés par Malakoff Humanis Prévoyance.

Les prestations ne sont versées que pour les soins survenus pendant la durée du maintien et sur présentation des justificatifs énoncés dans le paragraphe « Justificatifs à fournir pour être

remboursé ».

Les présentes dispositions sont établies en considération de la législation de la Sécurité sociale en vigueur.

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 indûment versées.

Prise d'effet des garanties

Les garanties et le paiement des cotisations prennent effet le lendemain de la suspension ou de la rupture du contrat de travail ou le lendemain de la cessation du maintien au titre de la portabilité, sous réserve du respect des délais mentionnés ci-après.

Pour être recevable, la demande de maintien doit être formulée dans un délai inférieur à :

- 1 mois au terme de la période de maintien au titre de la portabilité en cas de licenciement indemnisé par le Pôle emploi ;
- 2 mois en cas de démission ou de congé sans traitement (suspension du contrat de travail) ;
- 3 mois, en cas de fin de contrat à durée déterminée d'une durée supérieure ou égale à 6 mois consécutifs.

Toute demande de maintien adressée à l'organisme assureur après l'expiration des délais indiqués ci-dessus n'est pas recevable.

Bénéficiaires

Le maintien des garanties concerne l'assuré et ses ayants droit affiliés aux contrats lors de la suspension ou de la rupture du contrat de travail, sous réserve que les ayants droit relèvent des personnes suivantes :

- le conjoint de l'assuré non divorcé, non séparé de corps judiciairement, à défaut son partenaire au titre d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) au sens des articles 515-1 et suivants du Code civil, à défaut son concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve que :
 - l'assuré partenaire d'un PACS fournisse une attestation d'engagement dans les liens d'un pacte civil de solidarité ;
 - l'assuré en concubinage justifie du caractère stable et notoire de cette union de fait.
- ses enfants à charge.

Les enfants à charge fiscale de l'assuré, légitimes, reconnus adoptifs ou recueillis et ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement (ou à défaut de conjoint ceux de son partenaire Pacs, ou à défaut de partenaire Pacs son concubin), pris en compte pour l'application du quotient familial ou pour lesquels il(s) verse(ent) une pension alimentaire déduite fiscalement de son (leur) revenu global et à condition :

- qu'ils soient âgés de moins de 18 ans ;
- ou qu'âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - ils poursuivent leurs 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 (si l'enfant effectue ses études à l'étranger, les prestations versées par l'institution sont calculées sur la base de remboursement de la Sécurité

sociale française ; ces dispositions s'appliquent pour tout enfant affilié auprès d'un régime de Sécurité sociale obligatoire français ou dans un pays disposant d'accords avec la France) ;

- ou à défaut, ils justifient d'un apprentissage ou d'un contrat de formation en alternance (notamment contrat de professionnalisation) ;
- ou à défaut, ils soient en insertion dans la vie professionnelle tel que prévu par la législation sociale ;
- ou à défaut, ils soient inscrits auprès du Pôle emploi comme demandeur d'emploi immédiatement à l'issue de leurs études ou de leur formation professionnelle ;
- sans limite d'âge, s'ils sont reconnus avant l'âge de 26 ans handicapés ou en état d'incapacité de travail. L'état d'incapacité est celui qui entraîne une impossibilité physique temporaire ou permanente et consécutive à une maladie ou à un accident de se procurer des revenus par l'exercice d'une profession quelconque ;
- engagés volontaires en service civique (entre 16 et 25 ans) pour la durée de leur engagement (avec ou non poursuite des études) et sous réserve qu'ils n'occupent pas un emploi à temps partiel.

Dans les conditions précédemment définies, les enfants sont considérés comme étant à charge :

- 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'à la fin du trimestre civil suivant celui de la fin des études ou de l'état d'incapacité de travail ;
 - jusqu'à ce qu'ils ne remplissent plus les conditions de primo demandeurs d'emploi ;
 - 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.

Cotisations

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables par l'assuré à titre individuel, trimestriellement d'avance, par prélèvement automatique sur son compte.

En cas d'affiliation d'un assuré en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues à partir du premier jour du mois civil de son affiliation.

En cas de radiation d'un assuré en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues pour le mois civil en cours.

L'assuré est le seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, l'assuré remet un relevé d'identité bancaire (R.I.B) et un mandat de prélèvement SEPA.

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 est envoyée 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.

Les cotisations antérieures à la date de cessation des garanties restent dues. L'organisme assureur a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

La radiation de l'assuré pour défaut de paiement entraîne celle des membres de sa famille. Cette radiation est définitive.

Faculté de renonciation

L'assuré a la faculté de renoncer au maintien individuel à titre facultatif, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de son adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec avis de réception adressée à notre siège social, suivant le modèle suivant :

« Je soussigné(e)....., ayant le n° de Sécurité sociale, déclare renoncer à la souscription du maintien individuel à titre facultatif au contrat frais de santé n°..... , Maintien / Réf gestion n°..... , ayant pris effet le et demande le remboursement de la cotisation déjà versée ».

Le remboursement intégral de la cotisation versée sera effectué dans les trente jours suivant la date où nous recevons ce courrier. Toutefois, si des prestations ont été accordées, les sommes perçues par l'assuré devront nous être restituées préalablement et intégralement.

La renonciation est définitive pour l'assuré et pour ses ayants droit.

Le détail de vos garanties

Tableau des prestations contractuelles en vigueur depuis le 01/01/2022

Les garanties s'entendent y compris les remboursements de la Sécurité sociale, sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale.

Toutefois, les prestations versées par Malakoff Humanis Prévoyance à un assuré pour lui-même ou pour ses ayants droit, dans tous les cas, sont **limitées pour chaque acte, aux frais réels restant à charge** après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, de tout autre organisme obligatoire d'assurance maladie français. Pour toute demande de remboursement, merci de vous rapporter au chapitre « Justificatifs à fournir pour être remboursé ».

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	Régime socle	Régime surcomplémentaire non responsable	Régime socle + surcomplémentaire
Honoraires - DPTAM	100 % FR	-	100 % FR
Honoraires - hors DPTAM	200 % BR	300 % BR	500 % BR
Frais de séjour	100 % FR	-	100 % FR
Chambre particulière	3,5 % PMSS/jour	-	3,5 % PMSS/jour
Frais d'accompagnant* (enfant de moins de 12 ans)	3,5 % PMSS/jour	-	3,5 % PMSS/jour
Forfait hospitalier	100 % FR	-	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	prise en charge	-	prise en charge
SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)			
Consultations et visites, généralistes - DPTAM	250 % BR	-	250 % BR
Consultations et visites, généralistes - hors DPTAM	200 % BR	50 % BR	250 % BR
Consultations et visites, spécialistes - DPTAM	450 % BR	50 % BR	500 % BR
Consultations et visites, spécialistes - hors DPTAM	200 % BR	300 % BR	500 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - DPTAM	100 % FR	-	100 % FR
Petite chirurgie et actes de spécialité - hors DPTAM	200 % BR	300 % BR	500 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - DPTAM	100 % FR	-	100 % FR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - hors DPTAM	200 % BR	300 % BR	500 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % FR	-	100 % FR
Auxiliaires médicaux - Conventionnés	100 % FR	-	100 % FR
Auxiliaires médicaux - Non conventionnés	95 % FR (Mini : 100 % BR)	-	95 % FR (Mini : 100 % BR)
Autre appareillage remboursé par la Sécurité sociale (ex : orthèses, semelles orthopédiques, ceintures lombaires, bas de contention : classe I,II et III...)	450 % BR	-	450 % BR
AIDES AUDITIVES			
Équipement Prothèses auditives 100 % Santé** (classe I)	Sans reste à charge pour l'assuré	-	Sans reste à charge pour l'assuré
Équipement Prothèses auditives autres que 100 % Santé** (classe II)			
Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité	450 % BR dans la limite de 1 700 €/oreille	-	450 % BR dans la limite de 1 700 €/oreille
Bénéficiaire à compter du 21 ^e anniversaire			
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR ou TFR	-	100 % BR ou TFR
TRANSPORT			
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % FR	-	100 % FR
FRAIS D'OPTIQUE			

Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs de moins de 16 ans (un équipement tous les ans).

	Remboursement maximum pour la monture de 100 €.	Remboursement maximum pour la monture de 50€	Remboursement maximum pour la monture de 150 €
Équipement 100 % Santé** (classe A)			
Verres et montures (y compris l'examen de la vue par l'opticien)	sans reste à charge pour l'assuré	-	sans reste à charge pour l'assuré
Équipement autre que 100 % Santé** (classe B)			
Équipement avec 2 verres simples ⁽³⁾	420 €	80 €	500 €

Equipement avec 1 verre simple et un verre complexe ⁽³⁾	560 €	90 €	650 €
Equipement avec 2 verres complexes ⁽³⁾	700 €	100 €	800 €
Equipement avec 1 verre simple et un verre très complexe ⁽³⁾	610 €	140 €	750 €
Equipement avec 1 verre complexe et un verre très complexe ⁽³⁾	750 €	150 €	900 €
Equipement avec 2 verres très complexes ⁽³⁾	800 €	200 €	1 000 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR + 12 % PMSS/an/ bénéficiaire	-	100 % BR + 12 % PMSS/an/ bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	12 % PMSS/an/ bénéficiaire	-	12 % PMSS/an/ bénéficiaire
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	50 % FR limité à 20 % du PMSS/œil plus en complément si res- tant à charge : 60 % FR limité à 600 €/œil	100 % FR dans la limite de 1 400 €/œil y compris le remboursement de la Sécu- rité sociale et du régime socle	100 % FR dans la limite de 1 400 €/œil y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle

FRAIS DENTAIRES

Soins et prothèses 100 % Santé**	sans reste à charge pour l'assuré	-	sans reste à charge pour l'assuré
Soins autres que 100 % Santé**			
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	470 % BR	100 % FR y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle	100 % FR y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle
Prothèses autres que 100 % Santé**			
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale à tarifs maîtrisés	500 % BR	-	500 % BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale à tarifs libres	500 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation	-	500 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale à tarifs maîtrisés :			
- Couronnes, bridges et inter de bridges	550 % BR	-	550 % BR
- Inlay-Cores	370 % BR	-	370 % BR
- Couronnes sur implant	550 % BR	-	550 % BR
- Prothèses dentaires amovibles	550 % BR	-	550 % BR
- Réparations sur prothèses	550 % BR	-	550 % BR
- Prothèses dentaires provisoires	810 % BR	-	810 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale à tarifs libres :			
- Couronnes, bridges et inter de bridges	550 % BR	-	550 % BR
- Inlay-Cores	370 % BR	-	370 % BR
- Couronnes sur implant	550 % BR	-	550 % BR
- Prothèses dentaires amovibles	550 % BR	-	550 % BR
- Réparations sur prothèses	550 % BR	-	550 % BR
- Prothèses dentaires provisoires	810 % BR	-	810 % BR
	tous ces actes sont dans la limite des honoraires limites de facturation	-	tous ces actes sont dans la limite des honoraires limites de facturation
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :			
- Couronnes	18,6 % du PMSS par acte	-	18,6 % du PMSS par acte
- Bridges	48,9 % du PMSS par acte	-	48,9 % du PMSS par acte
- Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	2,2 % du PMSS par acte	-	2,2 % du PMSS par acte
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	550 % BR	-	550 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale -18 ans	550 % BR reconstituée	-	550 % BR reconstituée
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale +18 ans	50 % FR limité à 250 % BR reconstituée	-	50 % FR limité à 250 % BR reconstituée
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 10 % du PMSS/an/bénéficiaire	-	50 % FR limité à 10 % du PMSS/an/bénéficiaire
Endodontie non remboursée par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 10 % du PMSS/an/bénéficiaire	-	50 % FR limité à 10 % du PMSS/an/bénéficiaire
Implant	65 % FR limité à 25 % du PMSS/implant limité à 6/an/ bénéficiaire répartis comme suit : Implant : 65 % FR limité à 15 % du PMSS/implant limité à 6/an/bénéficiaire Pilier implantaire : 65 % FR limité à 10 % du PMSS/pilier limité à 6/an/ bénéficiaire	1000 € / (implant + pilier implantaire) y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle limité à 6/an/bénéficiaire	1000 € / (implant + pilier implantaire) y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle limité à 6/an/bénéficiaire
Pilier implantaire			

Régénérescence osseuse dans le cadre de la pose d'un implant	300 € par implant dans la limite de 40 % PMSS/an/bénéficiaire	-	300 € par implant dans la limite de 40 % PMSS/an/bénéficiaire
Radiologie non remboursée dans le cadre de la pose d'un implant	100 € par implant/an/bénéficiaire	-	100 € par implant/an/bénéficiaire
AUTRES SOINS			
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale : honoraires et soins	12 % PMSS/an/bénéficiaire	-	12 % PMSS/an/bénéficiaire
Analyses HN	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 60 % FR limité 120 €/an/bénéficiaire	-	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 60 % FR limité 120 €/an/bénéficiaire
Radiologie HN	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 70 % FR limité à 70 €/acte dans la limite de 300 €/an/bénéficiaire	-	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 70 % FR limité à 70 €/acte dans la limite de 300 €/an/bénéficiaire
Péridurale non prise en charge par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire	-	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologue	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 60 % FR limité à 45 €/séance dans la limite de 450 €/an/bénéficiaire	-	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 60 % FR limité à 45 €/séance dans la limite de 450 €/an/bénéficiaire
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologue pour enfant	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 65 % FR limité à 50 €/séance dans la limite de 950 €/an/bénéficiaire	-	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 65 % FR limité à 50 €/séance dans la limite de 950 €/an/bénéficiaire
Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie et Kinésithérapie méthode Mézières	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 70 % FR limité à 50 €/séance dans la limite de 400 €/an/bénéficiaire	100 % FR dans la limite de 100 €/séance y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle maxi 6 séances/an/bénéficiaire	100 % FR dans la limite de 100 €/séance y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle maxi 6 séances/an/bénéficiaire
Etiopathie	17 % PMSS/an/bénéficiaire	-	17 % PMSS/an/bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR	-	100 % FR
Traitement anti-tabac remboursé par la Sécurité sociale	70 % FR limité à 150 €/an/bénéficiaire	-	70 % FR limité à 150 €/an/bénéficiaire
Pilules contraceptives non remboursées par la Sécurité sociale	80 % FR limité à 60 €/trimestre/bénéficiaire	-	80 % FR limité à 60 €/trimestre/bénéficiaire
Pédicurie : uniquement pour les ongles incarnés et les hallux-valgus	50 % FR limité à 6 actes/an/bénéficiaire	-	50 % FR limité à 6 actes/an/bénéficiaire
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽²⁾	100 % FR	-	100 % FR

⁽¹⁾ En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

⁽²⁾ Les actes de prévention pris en charge sont :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire (prise en charge limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans).
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; Coqueluche : avant 14 ans ; Hépatite B : avant 14 ans ; BCG : avant 6 ans ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

⁽³⁾ voir les définitions des verres dans le paragraphe «Optique»

* Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».

** 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.

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale - **DPTAM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée - **FR** : Frais réels - **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale - **SS** : Sécurité sociale - **TFR** : Tarif forfaitaire de remboursement

Zoom sur le 100 % santé

Afin de continuer à être qualifié de solidaire et responsable, le contrat socle est modifié et intègre les dispositions relatives à la réforme dite « 100 % Santé » en optique, dentaire et pour les aides auditives dans le respect du calendrier prévu par les textes. Les autres dispositions relatives au contrat solidaire et responsable restent inchangées.

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 ».

Le tableau de garanties mentionne un **forfait unique** ; le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

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

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 TRES 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 -8D soit -9D

Les 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.

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 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 l'Institution, depuis le 1^{er} janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

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 « Pour mieux se comprendre »,
- 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 « Pour mieux se comprendre »,
- 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'Etat, 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. À 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 de prise en charge minimales fixées aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

PROCÉDURE NOÉMIE (Norme Ouverte 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'institution, 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 ou tout autre organisme obligatoire d'assurance maladie français 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 affiliés à un régime spécial de Sécurité sociale (agricole, SNCF...).

Pour en bénéficier, l'assuré doit 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.

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 l'organisme assureur et que l'ensemble des pièces justificatives demandées par l'organisme assureur soient fournies.

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

- le défaut de consentement écrit de l'assuré à la transmission de données détaillées de la nomenclature de la Sécurité sociale relatives à l'acte ou au dispositif médical via le professionnel de santé. Il est précisé que ces données sont nécessaires au calcul et au contrôle du remboursement des garanties souscrites.

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

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

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

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

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

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

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

Hospitalisation / Prise en charge

Le système de la prise en charge permet à l'assuré et à ses ayants droit de ne pas avoir à faire l'avance des frais remboursés par Malakoff Humanis Prévoyance en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale :

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

Toutefois, ne sont pas prises en charge les dépenses personnelles (téléphone, télévision...). Sur demande de l'établissement de soins via la plateforme dédiée Malakoff Humanis Prévoyance adresse un « accord de prise en charge » directement à l'établissement hospitalier.

Sur une demande expresse de l'assuré une copie de la prise en charge délivrée à l'établissement de soins lui sera transmise par mail.



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 charge.

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

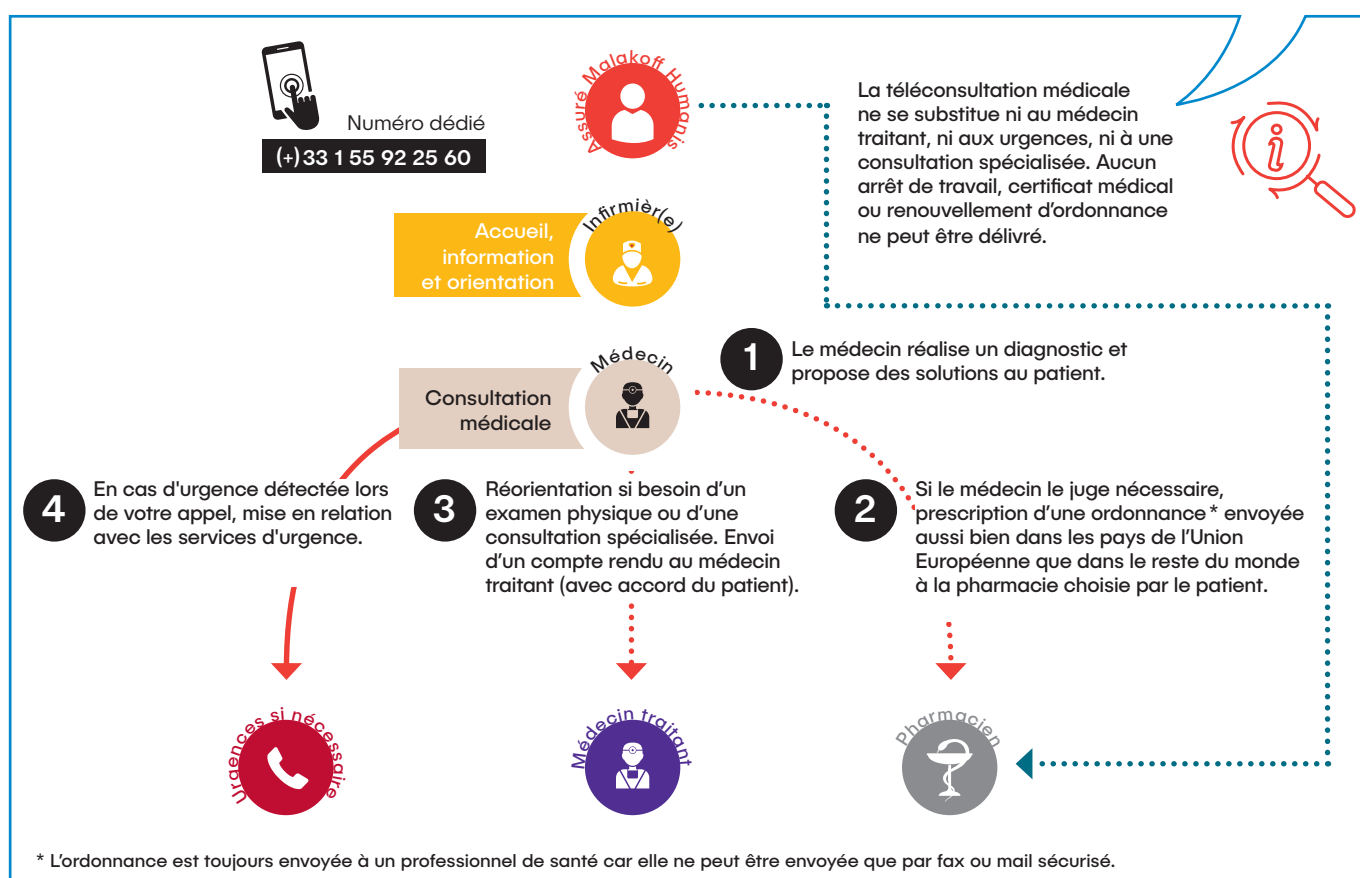
pour éviter l'avance de frais. En cas de dépassements d'honoraires, adressez votre facture scannée ou photographiée,

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.

Devis conseil

Afin de réduire le reste à charge des bénéficiaires, l'organisme assureur propose un service d'analyse des devis établis préalablement aux soins par le praticien, notamment pour les frais d'optique, prothèses dentaires, dépassements d'honoraires et chambres particulières, dès lors que les dépenses envisagées dépassent les montants définis comme suit :

- **optique** : 500 euros en cas d'achat hors tiers payant,
- **dentaire** : 700 euros pour les soins prothétiques, 800 euros en orthodontie et 2000 euros en implantologie,
- **dépassements d'honoraires** : 300 % de la base de remboursement Sécurité sociale,
- **chambre particulière et frais de séjour hors convention** : 100 euros par jour. Aucun accord préalable n'est à demander en cas d'hospitalisation à la suite d'une urgence justifiée médicalement, la chambre particulière n'étant pas dans ce cas facturable.

Pour bénéficier de ce service, l'assuré peut imprimer des modèles de devis sur le site internet www.malakoffhumanis.com ou utiliser le formulaire fourni par le professionnel de santé. Les devis doivent être retournés signés à l'adresse suivante :

Malakoff Humanis Devis conseil
21 rue Laffitte - 75317 Paris Cedex 09

À réception du devis, l'organisme assureur estimera le montant pris en charge, le reste à charge pour l'assuré, ainsi que, le cas échéant, une indication du positionnement tarifaire du devis au regard des tarifs habituellement pratiqués dans la région.

Aucune demande de devis n'est à adresser si l'assuré fait appel à un praticien ou à un établissement appartenant à un des réseaux de soins de l'organisme assureur. Il en serait de même si l'organisme assureur devait mettre en place de nouveaux réseaux.

Tableau de bord santé

Un service innovant pour piloter le budget santé et optimiser les dépenses de soins des assurés.

L'assuré dispose d'un service complet d'analyse de ses dépenses de santé, assorti de conseils pour les optimiser, réduire les frais à sa charge et l'orienter vers une offre de soins de qualité au meilleur coût.

Accessible sur le site www.malakoffhumanis.com dans son Espace client via la rubrique « mon compte », le Tableau de bord santé personnel offre une vue synthétique et pédagogique sur :

■ **L'historique des remboursements :**

Chaque acte remboursé est détaillé avec le rappel de la date des soins, le bénéficiaire concerné, la nature de l'acte, les montants pris en charge par la Sécurité sociale et l'organisme assureur et le reste à charge éventuel.

■ **L'analyse détaillée des dépenses de santé sur les douze derniers mois :**

Vue synthétique et graphique par catégorie de soins (médecine de ville, hospitalisation, pharmacie, optique, dentaire), par bénéficiaire et par type de prise en charge.

■ **des conseils pour optimiser les dépenses de santé futures** en utilisant les services d'orientation selon les besoins de l'assuré :

Réseaux de soins, Devis conseil, comparateur des hôpitaux, centres de santé partenaires, centres ophtalmologiques POINT VISION.

■ **un mémo de prévention santé, personnalisé :**

Rappels des actions de prévention utiles pour préserver le capital santé selon le profil de chaque bénéficiaire.

Justificatifs à fournir (se reporter aux garanties prises en charge par le dispositif)

Justificatifs à fournir pour être remboursé

Le tableau ci-après précise pour chaque acte les justificatifs attendus par l'organisme assureur pour rembourser les dépenses de santé.

Avec la télétransmission NOEMIE

La mention « Ce décompte a été transmis à Malakoff Humanis Prévoyance » sur les décomptes santé de Sécurité sociale confirme que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie nous transmet automatiquement les décomptes santé. Il n'est pas nécessaire de nous les adresser à nouveau. Les factures suffisent pour obtenir les remboursements.

Sans la télétransmission NOEMIE

Dans ce cas, les décomptes santé de la Sécurité sociale doivent obligatoirement nous être transmis avec les factures.

Cas particulier : si des bénéficiaires sont couverts par deux contrats de complémentaire santé, ils doivent également nous transmettre le décompte santé du 1^{er} organisme complémentaire.

BON À SAVOIR : Pour simplifier les demandes de remboursement, pensez à 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 • forfait hospitalier 	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	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	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
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
Cures thermales	Facture acquittée et détaillée mentionnant l'ensemble des dépenses y compris les frais de transport et d'hébergement	Facture acquittée et détaillée mentionnant l'ensemble des dépenses y compris les frais de transport et d'hébergement + Facture détaillée et acquittée des frais d'hébergement et de transport + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale

Dentaire :

• soins dentaires, parodontologie remboursés par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée mentionnant les <u>actes effectués, leurs codifications et les montants réglés</u> + Devis détaillé et accepté par l'assuré	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Facture détaillée et acquittée mentionnant les <u>actes effectués, leurs codifications et les montants réglés</u> + Devis détaillé et accepté par l'assuré
• prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés	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
• parodontologie et prothèses non remboursés par la Sécurité sociale • implant et pilier implantaire	Facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées	

Dentaire :

• orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés	Devis détaillé et accepté par l'assuré
• orthodontie non remboursée par 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 <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 :

	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	Prescription médicale initiale ou modifiée par l'opticien ayant adapté la vue + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Prescription médicale
• 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>	
• lentilles remboursées par la Sécurité sociale	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
• lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	Prescription médicale + 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'Etat 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



Depuis l'Espace client, prendre soin de sa santé

Une question ? Une demande de remboursement ? Un changement de situation ? Une hospitalisation ? L'Espace client est à disposition de l'assuré pour lui faciliter la vie et lui permettre de gagner du temps.

Entièrement gratuit et personnalisé, l'Espace client permet également de mieux comprendre et gérer les contrats au quotidien.

Gérer son contrat

- Consulter **sa notice d'information, ses bénéficiaires et ses garanties**.
- **Actualiser ses informations personnelles** : adresse, coordonnées bancaires et/ou de régime d'Assurance maladie.
- **Géolocaliser** les professionnels de santé pratiquant le tiers payant.
- S'abonner aux alertes de remboursement.

Suivre ses remboursements

Il est possible de consulter le détail des remboursements de santé, l'historique, et de télécharger les e-relevés.

Effectuer ses démarches

- Une **hospitalisation** prévue ? L'assuré réalise en ligne une demande de prise en charge hospitalière et évite ainsi une avance de frais conséquente.
- Transmettre des **devis** pour connaître le montant de la prise en charge.
- Rechercher un établissement de soins.

À SAVOIR

Le numéro de carte de tiers payant est présent au recto de la carte et comporte 8 chiffres.



Contacteur le service client

Via la messagerie en ligne, l'assuré envoie un message en toute confidentialité. Il peut poser une question, prendre un rendez-vous avec son conseiller pour obtenir des informations sur un produit ou un service, suivre l'avancement de sa demande...

Comment créer son Espace client santé ?

- 1** Se connecter sur malakoffhumanis.com et cliquer sur « Accéder à mon espace / Un particulier ».
- 2** Sélectionner l'Espace Santé/Prévoyance et saisissez votre numéro d'adhérent.
- 3** Cliquer sur « Créer mon compte » et compléter le formulaire puis valider.
- 4** L'assuré reçoit immédiatement un e-mail pour activer son compte (penser à vérifier dans les mails « indésirables »).
- 5** L'assuré peut créer et personnaliser alors le mot de passe en respectant les indications puis valider. Ce mot de passe sera demandé à chaque connexion ainsi que l'adresse mail que l'assuré aura saisie lors de la création de son compte.

Retrouver également nos services sur l'appli Malakoff Humanis !

L'application Malakoff Humanis en téléchargement gratuit permet de bénéficier de services pratiques liés aux contrats santé, à tout moment sur smartphone et tablette.



L'accompagnement social est à vos côtés



Parce que personne n'est à l'abri de moments difficiles dans la vie, chez Malakoff Humanis, des femmes et des hommes se mobilisent, au quotidien, pour écouter et orienter vers des solutions concrètes lorsque l'assuré et sa famille en ont le plus besoin.

Nos aides sont susceptibles d'évoluer chaque année et sont attribuées sous condition d'éligibilité et en complément des dispositifs publics.

- **Handicap** : des dispositifs sur mesure pour vivre le handicap autrement et améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap et de leur entourage.
- **Aidants** : des solutions concrètes pour ceux qui prennent soin au quotidien d'un proche malade, âgé ou en situation de handicap.
- **Cancer** : un accompagnement personnalisé pour faciliter le retour à l'emploi dans les meilleures conditions possibles.
- **Bien-vieillir** : des réponses aux questions qui se bousculent à l'approche de la retraite et des solutions pour préparer ce changement sereinement.
- **Fragilités sociales** : des services qui protègent les assurés et leur famille, pour les petits soucis comme pour les plus gros, pour les belles nouvelles ou les étapes de vie à franchir.

Les équipes Malakoff Humanis sont présentes en délégations régionales pour assurer une réponse de proximité.

Ne pas hésiter à les contacter pour en savoir plus sur nos aides et leurs conditions d'attribution.

Une plaquette spécifique, détaillant l'ensemble des solutions proposées par l'accompagnement social, est mise à la disposition des assurés.



Par téléphone :

3996* (service gratuit + prix d'un appel local)

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h 30

* Hors métropole : 09 74 75 39 96

(service gratuit + prix d'un appel local)



Par internet :

En se connectant à l'Espace client sur malakoffhumanis.com

Versement des prestations

Le montant des remboursements Frais de santé 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. À 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 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 Caisse Primaire d'Assurance Maladie et/ou de compte bancaire.

Cessation de garanties

Les garanties cessent à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- à la reprise d'activité ou fin de la période de suspension de contrat de travail ;
- à la fin de la période de 3 mois pour les CDD et les salariés démissionnaires ;
- à la fin de la période de 2 ans pour les salariés créant leur entreprise ;
- lorsque l'assuré n'est plus indemnisé par le Pôle emploi ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- au décès de l'assuré ;
- le dernier jour du trimestre civil de la demande de résiliation des garanties par l'assuré ;
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

L'adhésion individuelle de l'assuré peut également cesser :

- 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 notre organisme de la notification de l'assuré.

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

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

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.

Références légales

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 Cambacérès, 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.

Autorité de Contrôle

Malakoff Humanis Prévoyance est contrôlée par l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) régie par le Code monétaire et financier - 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 notre 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.

Prescription

Les actions relatives aux contrats sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance conformément à l'article L.932-13 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'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par :

- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi 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 notre organisme (ou l'assuré) du droit de l'assuré (ou de notre organisme) 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 envoi recommandé électronique avec demande d'avis de

réception par notre 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 envoi 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.

Contrôle médical

À toute époque et sous peine de déchéance des droits à garantie de l'assuré, l'organisme assureur se réserve le droit de procéder au contrôle de son état de santé et des soins engagés par lui.

Les contrôles médicaux ainsi réalisés par l'organisme assureur sont effectués par des médecins agréés par lui ou par des médecins choisis sur la liste de la fédération française des associations de médecins conseils experts. 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.

Notre organisme ne verse pas les prestations à l'assuré :

- lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale nécessaire de son état de santé ;
- ou lorsque le médecin contrôleur n'a pas pu accéder au domicile de l'assuré, soit en raison de son absence en dehors des heures de sortie autorisées, soit en raison d'une adresse erronée ou incomplète ou d'un code d'accès inconnu ;
- ou lorsque l'assuré ne s'est pas présenté le jour de la convocation au contrôle médical du médecin-conseil choisi par l'organisme assureur, ou s'il a refusé de se soumettre à ce contrôle.

À ce titre, l'organisme assureur cesse de verser les prestations à compter de la date à laquelle elle en informe l'assuré.

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et le médecin de l'organisme assureur, les parties intéressées choisissent un troisième médecin expert pour les départager.

À défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le troisième médecin est désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. L'organisme assureur et l'assuré concerné supportent chacun pour moitié l'ensemble des frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise du troisième médecin revêt un caractère obligatoire pour les parties concernées. Conformément à cet avis, l'organisme assureur peut être amenée à reprendre le versement des prestations relatives aux soins ayant fait l'objet de la procédure d'expertise.

Le refus de se soumettre à toute constatation médicale demandée par notre organisme entraînera pour l'assuré la perte de tout droit aux prestations versées, à compter de la date à laquelle l'organisme assureur informera l'intéressé du constat de son refus.

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, réglementaires 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

NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

Vos contacts utiles Malakoff Humanis

Une question sur vos contrats ?

Espace client : malakoffhumanis.com
Téléphone : **0969 39 74 74** (appel non surtaxé)
du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 h

Besoin d'effectuer une démarche santé ?

Pour demander des prestations

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

Pour demander une prise en charge hospitalière

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

Pour demander un devis dentaire

Espace client : malakoffhumanis.com

Pour contacter les activités sociales

Téléphone : **3996*** (service gratuit + prix d'un appel local)
du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h 30
* Hors métropole : **09 74 75 39 96**
(service gratuit + prix d'un appel local)

Pour contacter l'Assistance

Téléphone : **09 79 99 03 03**
du lundi au samedi de 8 h à 20 h
avec votre identifiant numéro de convention n° 753734

