

LES RENFORCÉES

Frais de Santé

Obligatoire

NOTICE D'INFORMATION n° 8642/1

SOMMAIRE

DOCUMENT À SIGNER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR	3
PRÉAMBULE	5
LA CHARTE BIEN-ÊTRE ET BIEN VIVRE	6
L'OBJET DU CONTRAT	7
VOTRE AFFILIATION	7
QUAND BÉNÉFICIEZ-VOUS DES GARANTIES ?	8
LES COTISATIONS	10
LES PRESTATIONS	10
QUELLES SONT VOS FORMALITÉS DÉCLARATIVES ?	16
LES GÉNÉRALITÉS DU CONTRAT	18
LEXIQUE	21

GLOSSAIRE

Dans votre notice, nous utilisons les termes suivants :

L'organisme assureur est l'Institution de prévoyance qui garantit les risques souscrits. Il sera désigné par **nous**.

L'assuré est le salarié ou l'ancien salarié bénéficiaire du contrat, c'est-à-dire appartenant à l'une des catégories de personnel prévue au contrat. Il sera désigné par **vous**.

Les ayants droit sont les membres de votre famille pouvant bénéficier des présentes garanties.

Par conjoint nous entendons :

- votre époux ou votre épouse, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e) ;
- ou à défaut, votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil ;
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec vous au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve que vous et votre concubin soyez libres de tout engagement (mariage ou pacs).

Par **portabilité de la couverture d'assurance** nous entendons le maintien de la garantie frais de santé qui vous est accordé en tant que demandeur d'emploi et bénéficiaire de ce dispositif en vertu de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

IMPORTANT

Document à signer et à remettre
à votre employeur

Je soussigné(e),
reconnais avoir reçu la notice d'information obligatoire décrivant les garanties frais de santé souscrites
par mon entreprise :

.....
.....

auprès de Malakoff Humanis Prévoyance

À....., le

Signature

MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE
Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris
N° SIREN 775 691 181

PRÉAMBULE

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

Si vous souhaitez de plus amples informations, adressez-vous à votre employeur qui tient l'ensemble des conditions générales et documents contractuels à votre disposition.

Cette notice satisfait aux obligations d'information des assurés (article L.932-6 du Code de la sécurité sociale).

LA CHARTE BIEN-ÊTRE ET BIEN VIVRE

Nos engagements

Nous nous engageons à :

- accompagner votre employeur pour la maîtrise des cotisations de son contrat frais de santé ;
- agir pour la diminution de votre reste à charge ;
- rendre lisibles et compréhensibles nos garanties ;
- communiquer en toute transparence auprès de vous et de votre employeur.

Pour mener à bien nos engagements, nous vous proposons des garanties adaptées à vos besoins et qui intègrent des services innovants :

- vos niveaux de prise en charge tiennent compte de la réalité des prix observés dans votre région ;
- nous mettons à votre disposition des réseaux de soins, en optique par exemple, vous permettant de trouver près de chez vous ou de votre lieu de travail des prestations de qualités à prix préférentiel ;
- vous disposez d'outils vous permettant via votre Espace client ou votre smartphone de :
 - connaître vos droits en euros ;
 - calculer votre reste à charge ;
 - localiser le professionnel de santé ou le centre de soins le plus proche.
- nous identifions et traitons les abus éventuels dans la facturation de vos soins.

Votre démarche responsable

Pour préserver votre santé, limiter votre reste à charge et trouver le professionnel de santé qui répond le mieux à vos besoins, nous vous proposons quelques démarches à suivre :

1. Inscrivez-vous sur votre Espace client Malakoff Humanis pour connaître vos droits et bénéficier des nombreux services et des informations que nous fournissons.
2. Acceptez les médicaments génériques, **moins chers et tout aussi efficaces**.
3. Ne constituez pas de stocks de médicaments chez vous.
Nous vous rappelons qu'une franchise médicale reste à votre charge, pensez à vérifier le contenu de votre armoire à pharmacie avant tout achat.
N'oubliez pas de remettre à votre pharmacien vos médicaments périmés.
4. Demandez **un devis avant tout acte** dentaire, achat de lunettes, aides auditives et séjour hospitalier non urgent. Faites-le analyser par nos spécialistes, en appelant le 3932 ou en vous connectant sur votre Espace client.
5. Ne communiquez pas vos niveaux de remboursements à vos professionnels de santé, certains ont tendance à augmenter leurs dépassements en fonction du niveau de remboursement de votre complémentaire santé. Il est possible d'évaluer le montant des honoraires du professionnel de santé sur l'Espace client ou sur le site **ameli-direct.fr**.
6. Privilégiez **un opticien appartenant à notre réseau partenaire pour tout achat optique**. Nous avons négocié avec lui des tarifs privilégiés. Votre Espace client vous permettra de localiser l'opticien le plus proche de chez vous ou de votre lieu de travail.
7. **Respectez le parcours de soins**. La Sécurité sociale l'a mis en place pour vous inciter à consulter en priorité votre médecin traitant qui est le seul à pouvoir suivre votre santé sur le long terme. **Toute consultation effectuée en dehors de ce cadre est moins bien remboursée par la Sécurité sociale. Le différentiel n'est pas pris en charge par votre complémentaire santé.**

Nos recommandations pour votre Bien-être

1. Privilégiez une **alimentation équilibrée** et surveillez périodiquement votre poids.
Associé à un manque d'exercice, l'excès de poids est un facteur de risque pour un grand nombre de problèmes de santé (hypertension, troubles cardio-vasculaires, diabète).
2. Ne fumez pas ou faites-vous aider pour arrêter.
3. **Protégez vos yeux et vos oreilles** : évitez votre exposition à des bruits intenses, si celle-ci est prolongée ou répétée, elle peut provoquer des lésions graves du système auditif, pensez par exemple à baisser le volume de votre baladeur mp3.
En cas de forte luminosité, protégez vos yeux avec des lunettes de soleil.
Après 45 ans, pensez à faire vérifier votre vue et votre audition.
4. **Allez voir votre médecin traitant une fois par an** pour faire le point avec lui. Vérifiez que vous êtes à jour de vos vaccinations.
De la même manière, rendez-vous chez votre dentiste une fois par an. Cela permettra notamment de détecter d'éventuelles caries et d'éviter des soins coûteux.
5. **Pensez aux dépistages**. Pour les femmes dès 20 ans, pensez au dépistage du col de l'utérus tous les 3 ans et à celui du cancer du sein, dès 50 ans. Pour les hommes et les femmes dès 50 ans, pensez au dépistage du cancer colorectal tous les 2 ans.

À partir de 45 ans, pensez aussi à faire un bilan sanguin tous les 2 ans pour surveiller votre niveau de cholestérol et le risque de diabète.

L'OBJET DU CONTRAT

La présente notice a pour objet d'indiquer les conditions dans lesquelles nous vous accordons, ainsi qu'à vos ayants droit éventuels, le remboursement, dans la limite des frais réellement engagés, de tout ou partie des frais de santé occasionnés en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Les prestations sont indiquées au tableau de garanties joint à votre notice.

Le contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, souscrit par votre employeur auprès de Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale.

Le contrat respecte à la fois les critères qualifiant les contrats de « solidaires et responsables » par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code, décrits au paragraphe « critères du contrat responsable et de la couverture minimale ».

Le contrat frais de santé souscrit par votre employeur, ouvre droit aux garanties d'assistance, assurées par AUXIA Assistance, sous réserve de respecter les dispositions prévues à la notice d'assistance. Le coût de la garantie assistance est inclus dans le montant de la cotisation du contrat frais de santé souscrit par votre employeur. Son montant respecte le plafond de la doctrine administrative vous permettant de bénéficier des exonérations de cotisations sociales conformément à l'article L.242-1 alinéas 6 à 8 du Code de la sécurité sociale.

Malakoff Humanis Prévoyance et AUXIA Assistance sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

VOTRE AFFILIATION

Quelles sont les modalités d'affiliation ?

Pour bénéficier des garanties, vous devez compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation en indiquant la liste de vos ayants droit s'il y a lieu. Vous remettez votre bulletin accompagné des pièces nécessaires à l'affiliation rappelées sur ce dernier, à votre employeur qui s'engage à nous les faire parvenir.

Vous devez également signaler à votre employeur tout changement de votre situation familiale par le même document.

Ces documents doivent nous être retournés dans les trente jours qui suivent la date de votre affiliation ou la modification de votre situation familiale (mariage, naissance, Pacs...).

Fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle de votre employeur de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser notre appréciation.

Les cotisations payées nous sont acquises.

Nous devons justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?

En fonction de la structure d'affiliation retenue, vos ayants droit sont :

- **votre conjoint**, tel que défini au glossaire ;
- **vos enfants** à charge ou ceux de votre conjoint qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - être âgés de moins de 21 ans ;
 - bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait de votre affiliation ou de celle de votre conjoint ou d'une affiliation personnelle ;
 - être fiscalement à votre charge, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que vous déduisez fiscalement de votre revenu global.

Cette limite d'âge est portée à 28 ans pour vos enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC ;
- s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;
- s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La limite d'âge est supprimée pour vos enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des personnes en situation de handicap ou qui sont titulaires de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge prévue ci-dessus (21 ou 28 ans sous conditions).

- **vos ascendants**, père et mère à charge et ceux de votre conjoint :
 - bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale ;
 - fiscalement à votre charge, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que vous déduisez fiscalement de votre revenu global.

Structures d'affiliation

Votre employeur a effectué son choix parmi l'une des quatre propositions définies ci-après.

Famille

Votre affiliation est obligatoire, elle entraîne de plein droit celle de l'ensemble de vos ayants droit.

Assuré seul / famille

Votre affiliation est obligatoire.

Celle de vos ayants droit est déterminée en fonction de votre situation familiale réelle sauf cas de dispense prévue par la réglementation sociale en vigueur.

Vous êtes donc affilié :

- seul ;
- ou avec l'ensemble de vos ayants droit.

Adulte / enfant

Votre affiliation est obligatoire.

Vous déterminez vos ayants droit en fonction de votre situation familiale réelle sauf cas de dispense prévue par la réglementation sociale en vigueur.

Assuré seul / duo / famille

Votre affiliation est obligatoire.

Celle de vos ayants droit est déterminée en fonction de votre situation familiale réelle sauf cas de dispense prévue par la réglementation sociale en vigueur.

Vous êtes donc affilié :

- seul ;
- ou avec un adulte (conjoint ou ascendants à charge) ou un enfant ;
- ou avec l'ensemble de vos ayants droit.

Quelle que soit la structure d'affiliation dont vous relevez, le changement au sein de celle-ci est possible uniquement en cas modification de votre situation familiale réelle.

QUAND BÉNÉFICIEZ-VOUS DES GARANTIES ?

Quand prennent effet vos garanties ?

Sous réserve que votre demande d'affiliation nous parvienne dans les trente jours, les garanties prennent effet :

Pour vous

- à la date d'effet du contrat souscrit par votre employeur si vous appartenez à la catégorie de personnel assurée à cette date ;
- à la date de votre entrée dans la catégorie de personnel assurée (embauche ou promotion) postérieurement à la souscription ;
- au jour de la demande d'affiliation, si vous bénéficiez d'une dispense d'affiliation.

Pour vos ayants droit

- à la même date que vos garanties ;
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit ;
- au jour où est intervenu le changement de situation familiale (mariage, pacs, naissance...) ou au lendemain de la radiation par le précédent organisme assureur ;
- au jour de la demande d'affiliation, pour ceux qui bénéficiaient d'une dispense d'affiliation.

Au-delà de ce délai de trente jours, vos garanties et celles de vos ayants droit prennent effet au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande.

Si vous êtes un ancien salarié bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité à la date d'effet du contrat

Vous et vos ayants droit éventuels, couverts précédemment par un autre organisme assureur, bénéficiez des présentes garanties si vous continuez à remplir les conditions prévues au paragraphe « Quand pouvez-vous bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ? ».

La portabilité prévue par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale ne prévoit pas de cotisation à votre charge.

Quand cessent vos garanties ?

Pour vous

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat ;
- à la date de suspension de votre contrat de travail, sauf dispositions du paragraphe intitulé « Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ? » ;
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ;
- à la date à laquelle vous cessez de remplir les conditions vous permettant de bénéficier du maintien de la portabilité, dans la limite fixée par celle-ci ;
- à la date d'effet de votre retraite de la Sécurité sociale (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite).

En l'absence de déclaration de votre radiation par votre employeur, nous pourrions réclamer le remboursement des sommes indûment versées.

Pour vos ayants droit

Leurs garanties cessent à la même date que les vôtres. De plus, leurs garanties cessent à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit.

Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ?

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer si votre contrat de travail est suspendu, et si vous êtes :

- bénéficiaire d'un maintien de rémunération de la part de votre employeur ;

ou

- en arrêt de travail indemnisé à ce titre par le régime complémentaire financé au moins pour partie par votre employeur.

Les garanties sont maintenues tant que vous faites partie des effectifs de l'entreprise.

Les cotisations sont intégralement dues.

Quand pouvez-vous bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ?

En cas de cessation de votre contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, en dehors du cas de licenciement pour faute lourde, vous bénéficiez du maintien de vos garanties.

Ce maintien est également accordé à vos ayants droit déclarés qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation de votre contrat de travail.

Les droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la cessation de votre contrat de travail.

Le maintien de vos garanties prend effet au lendemain de la date de cessation de votre contrat de travail. Vous êtes tenu de nous remettre, les éléments suivants :

- la demande nominative de maintien des garanties ;
- le justificatif de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage ;
- l'information relative à toute modification de votre situation entraînant la cessation du maintien des garanties ou toute modification de votre situation ou de celle de vos ayants droit.

Ces éléments nous permettront de déterminer les dates de début et de fin de la période de maintien.

La durée du maintien des garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée de votre dernier contrat de travail ou de la durée totale de vos contrats successifs chez un même employeur, appréciée en mois et arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties vous sont appliquées ainsi qu'à vos ayants droit.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement de vos allocations payées par le régime d'assurance chômage ;
- la date d'effet de votre retraite Sécurité sociale ;
- l'issue de la durée de maintien à laquelle vous avez droit et ce dans la limite de douze mois ;
- la date d'effet de la résiliation du contrat.

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

Maintien individuel des garanties hors portabilité

Après rupture de votre contrat de travail, si vous êtes un ancien salarié bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement si vous êtes privé d'emploi et ayant épuisé vos droits à la portabilité, vous pouvez demander :

- à bénéficier pour vous seul (à l'exclusion de vos ayants droit) du maintien des garanties figées à la date de rupture de votre contrat de travail avec des conditions tarifaires encadrées réglementairement en conformité avec le dispositif de l'article 4 de la « Loi Évin » (contrat loi « Évin ») ;

ou

- à souscrire un contrat adapté à votre nouvelle situation hors du dispositif « Loi Évin » (contrat « d'accueil »).

À votre décès, vos ayants droit qui bénéficiaient des garanties du contrat du fait de votre affiliation peuvent également demander à bénéficier d'un maintien desdites garanties (contrat loi « Évin »), ou à souscrire à un contrat adapté à leur nouvelle situation (contrat « d'accueil »).

Votre choix ou celui de vos ayants droit doit nous être adressé par écrit.

1. Modalités et prise d'effet du maintien

Votre employeur doit nous informer dans un délai de trente jours :

- de la rupture de votre contrat de travail, si vous êtes éligible au maintien individuel des garanties ;

ou

- de votre décès, afin que nous puissions adresser la proposition de couverture correspondante à vos ayants droit éligibles audit maintien.

La demande de souscription doit être faite dans les six mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail, le terme de la portabilité ou votre décès.

Aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise.

Les garanties prendront effet le jour de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture de votre contrat de travail, du terme de la portabilité ou de votre décès.

2. Garanties proposées dans le cadre de l'article 4 de la loi « Évin » (contrat loi « Évin »)

Le maintien des garanties :

- est viager pour vous ;
- cesse au terme d'une période de douze mois à compter dudit décès pour vos ayants droit en cas de décès de votre part.

Le tarif applicable tiendra compte de la réglementation en vigueur à la date d'effet du maintien.

3. Garanties proposées hors du cadre de l'article 4 de la loi « Évin » (« contrat d'accueil »)

Le contrat qui sera proposé s'adaptera à vos besoins de couverture de frais de santé et à vos ressources pour vous permettre, le cas échéant, de couvrir vos ayants droit. Il s'adaptera également pour vos ayants droit en cas de décès de votre part.

Le tarif applicable tiendra compte de ces éléments.

LES COTISATIONS

Les cotisations qui nous sont versées par votre employeur sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale, conformément à la structure d'affiliation choisie.

Pour la structure adulte / enfant, au-delà du 2^e enfant, aucune cotisation supplémentaire n'est due.

LES PRESTATIONS

Quelles sont les prestations ?

Le contrat souscrit par votre employeur prend en charge l'ensemble des garanties décrites au tableau des garanties. Les garanties indiquées au tableau des garanties sont exprimées en complément du Régime obligatoire de la Sécurité sociale française (RO), sauf indication contraire, et dans la limite des frais engagés.

Les garanties respectent la législation et la réglementation en vigueur à la date des soins et seront adaptées en cas de modification de celles-ci.

Le montant et la date retenus pour les dépenses engagées sont ceux figurant sur le décompte de prestations de la Sécurité sociale française ou sur la facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle de votre employeur entraînera la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.

Quelles sont les limites de remboursement ?

Le total de nos remboursements, de ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

Les forfaits ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne sera pas reporté sur l'année suivante.

Nous ne prenons pas en charge :

- la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur restant à votre charge en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés) ;
- tout acte pris en charge par des dotations d'État, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. À ce titre, vos garanties ne prennent pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence (SMUR) ;
- tout équipement optique composé de verres plans, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale ;
- les achats de médicament sur internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée) ;
- la cigarette électronique.

Forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale

Dans le cadre des formules PEPS Eco Active Les Renforcées R5, R6, R7 et R8 vous bénéficiez des forfaits énoncés ci-dessous.

Ces forfaits ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées.

Spécialités médicales non remboursées

Les spécialités médicales non remboursées comprennent les actes : d'ostéopathe, de chiropracteur, de pédicure-podologue, d'acupuncteur, de diététicien, de psychologue, de psychomotricien et de tabacologue.

Le nombre de séances prévues pour ces spécialités est limité à trois par bénéficiaire et par an.

Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Ils doivent faire enregistrer leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n°ADELI), système prévu par le Code de la santé publique.

Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens, ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens, et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Ils doivent faire enregistrer leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n°ADELI), système prévu par le Code de la santé publique.

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

Pour toutes les spécialités médicales non remboursées par la Sécurité sociale énoncées ci-dessus, notre remboursement est conditionné à la présentation d'une facture établie par le praticien mentionnant le diplôme de celui-ci.

Orthodontie non remboursée

Ce forfait par semestre de traitement et par bénéficiaire permet de couvrir les frais orthodontiques non remboursés par la Sécurité sociale, à savoir les frais engagés lors d'un traitement orthodontique ayant débuté après le 16^e anniversaire du bénéficiaire concerné.

Le remboursement est pris en charge sur présentation d'une facture établie par le praticien au nom du bénéficiaire et sur avis de notre chirurgien-dentiste consultant.

Médicaments ou pharmacie prescrite non remboursés par la Sécurité sociale

Ce forfait annuel et par bénéficiaire permet de couvrir sur présentation d'une facture acquittée :

- les médicaments à prescription médicale obligatoire (article L.5132-6 du Code de la santé publique) non remboursés par les organismes de sécurité sociale ;
- les médicaments à prescription médicale facultative (article R.5121-202 du Code de la santé publique), prescrits par un médecin ou conseillés par un pharmacien, et non remboursés par les organismes de sécurité sociale.

La facture doit être nominative et préciser le bénéficiaire du traitement ainsi que le nom du/des médicament(s).

Sevrage tabagique

Ce forfait annuel et par bénéficiaire permet de couvrir les dépenses liées aux traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...), en complément de celui prévu par la Sécurité Sociale. Pour être pris en charge par nos soins lesdits substituts nicotiques doivent figurer sur la liste de ceux remboursables par la Sécurité Sociale (dont la liste est présente sur le site Ameli.fr). La cigarette électronique n'est pas prise en charge au titre du présent contrat. La demande de remboursement doit être accompagnée d'une prescription médicale et d'une facture nominative (désignation du médicament et du bénéficiaire du traitement) du pharmacien consacrée exclusivement aux substituts nicotiques.

Critères du contrat responsable et de la couverture minimale

Vos garanties sont qualifiées de « solidaire et responsable ».

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

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

Elles respectent 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, vos garanties prennent en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 % ou à 30 % et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques) ;
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R.160-16-1 du Code de la sécurité sociale ;
- la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique ;
- les prestations 100 % santé ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée.

Vos garanties prévoient 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.

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

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

La majoration de votre participation 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 respectent **les obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge.**

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

Précisions sur l'application du 100 % santé

1. Optique

A. Généralités

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

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

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge : 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 des prestations mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), la prise en charge s'effectue donc **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**.

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

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

VERRES SIMPLES
<ul style="list-style-type: none">- 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
<ul style="list-style-type: none">- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
VERRES TRÈS COMPLEXES
<ul style="list-style-type: none">- 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 I-8DI soit -9D

B. Délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par 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. 	
Constataion 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.	
Constataion de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

2. Dentaire

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

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « **100 % santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes ;
- Un panier aux **tarifs maîtrisés / 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

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

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé ;

- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

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

Majoration des prothèses dentaires

Si vous n'avez pas bénéficié de remboursement au titre du poste « prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale » pendant trois ans consécutifs, une majoration, décrite au tableau des garanties, pourra vous être accordée sur le prochain remboursement. Il en est de même pour chacun de vos ayants droit.

Nous vous recommandons de faire réaliser par votre chirurgien-dentiste un devis et de nous le présenter par la suite. Le montant de la prestation que nous versons respecte les minima de la couverture minimale prévus à l'article D.911-1 du Code de la sécurité sociale.

Réseau de professionnels de santé

Nous pouvons passer des conventions particulières avec les praticiens et les établissements de santé.

Nous avons notamment conclu un accord auprès d'opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes constituant un réseau pouvant permettre aux bénéficiaires de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses y sont engagées. En outre les bénéficiaires profitent des tarifs négociés sur la chambre particulière au sein du réseau des hôpitaux adhérents au conventionnement hospitalier mutualiste.

La liste des professionnels de santé appartenant à notre réseau est disponible sur notre site internet : www.malakoffhumanis.com.

Si le contrat le prévoit, des prestations plus élevées peuvent être accordées pour les dépenses engagées dans le réseau aux bénéficiaires qui ont recours au tiers payant. Ces prestations dans le réseau ne sont pas cumulables avec celles hors réseau.

En tout état de cause, les bénéficiaires conservent le libre choix de leur praticien.

Le service Devis Conseil

Nous mettons à votre disposition un service d'analyse gratuit et personnalisé des devis d'optique, de prothèses dentaires et d'aides auditives. Ce service est délivré par Malakoff Humanis Devis Conseil.

Malakoff Humanis Devis Conseil s'engage à vous adresser une étude personnalisée dans un délai de 48 heures (hors jours fériés). Cette analyse comporte une comparaison du devis qui vous est proposé par rapport à la moyenne des prix pratiqués dans la zone géographique dont vous relevez.

En outre, les coordonnées de trois opticiens de notre réseau optique vous seront communiquées. Vous recevrez également une simulation du remboursement de la Sécurité sociale et de nos remboursements, sur la base du prix demandé par le praticien. Vous disposez ainsi d'une vision exacte de votre reste à charge.

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

Le service Malakoff Humanis Devis Conseil

21 rue Laffitte – 75317 Paris cedex 09

E-coaching santé

Depuis votre Espace Client, accessible sur le site malakoffhumanis.com, vous êtes guidé vers la page d'inscription et de connexion à e-coaching santé. Avec ce programme vous bénéficiez d'informations et d'outils pour mieux connaître vos risques santé, élaborer votre programme individualisé et maintenir votre motivation dans le temps.

E-coaching santé vous permet d'agir au quotidien sur votre bien-être et votre qualité de vie à travers les fonctionnalités suivantes :

- un portail web, véritable coach pour prendre en main votre santé au quotidien ;
- une évaluation de votre profil santé ;
- du e-coaching pour améliorer vos habitudes de vie ;
- un tableau de bord pour suivre et mesurer vos progrès ;
- un carnet de santé synchronisé avec les objets connectés (outils permettant de mesurer vos données personnelles : nombre de pas effectués, nombre de calories dépensées, qualité du sommeil, poids, tension artérielle...) ;
- des conseils de prévention personnalisés.

Tableau de bord santé

Votre tableau de bord santé : un service innovant pour piloter votre budget santé et optimiser vos dépenses de soins.

Vous disposez d'un service complet d'analyse de vos dépenses de santé, assorti de conseils pour optimiser vos dépenses de santé, réduire les frais à votre charge et vous orienter vers une offre de soins de qualité au meilleur coût.

Accessible sur le site malakoffhumanis.com dans votre Espace client via la rubrique « mon compte » votre 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 Malakoff Humanis 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 (soins courants, hospitalisation, pharmacie, optique, dentaire), par bénéficiaire et par type de prise en charge.
- **des conseils pour optimiser vos dépenses de santé futures en utilisant nos services d'orientation selon vos besoins :**
Réseaux de soins KALIXIA, le service 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.

Tiers payant

Le contrat souscrit par votre employeur vous permet ainsi qu'à vos ayants droit éventuels de bénéficier du mécanisme de 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.

Au-delà, le bénéfice du tiers payant peut être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximum ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux.

Il est rappelé que la carte de tiers payant que nous vous délivrons doit nous être restituée sans délai lorsque vous êtes radié des effectifs.

Contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle pour toutes demandes de prestations au titre des garanties, avant ou après le paiement des prestations.

Nous pouvons avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de notre choix, dont les honoraires sont à notre charge. Si vous refusez de vous soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge.

En cas de contestation du résultat de l'expertise, vous devrez adresser à notre médecin-conseil ou dentiste consultant, dans les trente jours suivant la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera formé une commission d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de votre résidence, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En fonction des conclusions, nous pourrions ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

Reprise des indus

En cas de reprise à votre rencontre d'un remboursement effectué à tort par la Sécurité sociale, nous nous réservons le droit de vous réclamer les prestations indûment versées.

QUELLES SONT VOS FORMALITÉS DÉCLARATIVES ?

Quand et comment nous déclarer vos ayants droit ?

Vous devez déclarer vos ayants droit, grâce au « bulletin individuel d'affiliation » :

- lors de votre affiliation ;
- à chaque modification de votre situation familiale.

Quelles sont les pièces nécessaires à l'affiliation ?

En fonction des bénéficiaires des garanties :

Type de bénéficiaire	Pièces à fournir
Assuré	– un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestations (N.B. un seul RIB par famille).
Ensemble des bénéficiaires	– la photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par la Sécurité sociale.
Partenaire de PACS et concubin	– une déclaration sur l'honneur signée des deux partenaires ou concubins.
Enfants à charge au sens du contrat qui ne figurent pas sur votre attestation carte vitale	– une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du contrat ; Le cas échéant, d'une copie : – du certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année) ; – du contrat d'apprentissage ou d'alternance ou de qualification ; – d'une attestation d'inscription à Pôle emploi ; – de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité ou de la notification d'attribution de l'allocation en faveur des personnes en situation de handicap.
Ascendants (père et mère) à charge au sens du contrat	– une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du contrat.

En cas d'absence d'un de ces documents, vos ayants droit concernés ne pourront pas bénéficier de votre garantie frais de santé.

Comment obtenir un remboursement ?

Via NOEMIE

NOEMIE est une procédure de traitements automatiques des remboursements mise en place entre nous et la Sécurité sociale. Elle nous autorise à établir une liaison directe avec la caisse de Sécurité sociale des bénéficiaires et ainsi permet à ces derniers d'obtenir un remboursement automatiquement dès lors que la demande de remboursement a été adressée à cet organisme.

Néanmoins dans certains cas, des pièces complémentaires nécessaires au remboursement sont à nous adresser.

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Traitement par Noémie	Justificatifs à fournir
Hospitalisation	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés.
Soins courants	Aucun document.
Cure thermale	Facture acquittée mentionnant les dépenses extralégales et les frais de transport et d'hébergement.
Optique	Facture détaillée et acquittée accompagnée de la prescription médicale. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue la prescription initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue.
Dentaire	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés.
Aide auditive	Facture détaillée et acquittée accompagnée de la prescription médicale.
Maternité	Photocopie du livret de famille ou acte de naissance.
Adoption plénière	La copie du jugement d'adoption plénière.

Nous nous réservons le droit de demander toutes pièces complémentaires que nous jugerions nécessaires y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée.

Hors NOEMIE

Lorsque vous n'avez pas adressé de demande de remboursement à la Sécurité sociale, par exemple en cas de paiement du ticket modérateur, vous devez nous adresser une facture dûment acquittée pour obtenir le remboursement.

La transmission par NOEMIE est inopérante si les bénéficiaires :

- sont déjà affiliés à une autre complémentaire santé, ou s'ils refusent ce service en nous le notifiant par écrit sur papier libre ;
- s'ils s'acquittent du ticket modérateur ;
- ou si les ayants droit sont affiliés à un régime spécial de Sécurité sociale (régime minier, régime de la fonction publique...).

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Traitement hors Noémie	Justificatifs à fournir
Soins remboursés par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale complétée le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.
Soins non remboursés par la Sécurité sociale	Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et rappelant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI.
Médicament prescrit et non remboursé ou automédication sans prescription médicale	Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du médicament.

Nous nous réservons le droit de demander toutes pièces complémentaires que nous jugerions nécessaires y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée.

Comment consulter vos remboursements ?

Vous pouvez consulter à tout moment vos remboursements effectués sur votre compte en consultant l'un des services suivants :

Notre site Internet : www.malakoffhumanis.com

OU

Par téléphone au : **3932** Service gratuit
+ prix appel

de 8h30 à 19h en continu du lundi au vendredi

À qui adresser vos courriers ?

Tous les courriers doivent être adressés à votre centre de gestion dont l'adresse figure sur votre carte de tiers payant santé (aucun courrier ne doit être adressé à Viamédis qui est l'organisme gestionnaire du tiers payant).

Vous êtes tenu de nous signaler tout changement d'adresse et de coordonnées bancaires ou postales.

LES GÉNÉRALITÉS DU CONTRAT

Pièces justificatives

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives.

Nous pourrions demander la transmission des originaux de toutes pièces permettant de justifier la dépense réelle engagée afin de contrôler la réalité et le montant des prestations.

Dans l'attente de l'obtention de ces pièces, nous nous réservons le droit de suspendre le remboursement des prestations.

Si nous avons déjà procédé au remboursement, nous serons en droit de demander la restitution des sommes réglées indûment :

- dans le cas où les pièces demandées ne sont pas fournies dans un délai d'un mois après la demande ;
- dans le cas où les pièces retournées ne permettent pas de confirmer le caractère régulier et légitime du remboursement.

Prescription

Les actions relatives au contrat souscrit par votre employeur sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque vous, votre entreprise ou vos ayants droit intentez une action en justice à notre encontre et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à votre encontre, celle de votre entreprise ou de vos ayants droit ou a été indemnisé par vos soins, votre entreprise ou vos ayants droit.

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 de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception soit que nous adressons à votre entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que vous ou vos ayants droit éventuels nous adressez en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Territorialité et mobilité à l'étranger

Les garanties vous sont acquises, si vous exercez votre activité sur le territoire français ou hors de ce territoire **lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L.761-1 et 2 du Code de la sécurité sociale**, et dans les conditions prévues ci-après.

De ce fait, les présentes garanties ne s'appliquent pas si vous êtes expatrié.

Les soins effectués à l'étranger **peuvent être remboursés aux trois conditions cumulatives suivantes :**

- de survenir dans l'une des situations définies ci-dessus ;
- d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale française ;
- d'avoir été engagés en cas d'urgence, de manière inopinée et non programmée.

Les remboursements complémentaires, établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale française, sont effectués en euros, dans la limite des garanties. Le remboursement des soins médicaux pratiqués à l'étranger est aligné sur celui des médecins non-signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires sont plafonnées à hauteur du prix pratiqué en France pour des actes et des soins équivalents.

Subrogation

Lorsque vous ou un ayant droit êtes atteints d'une affection ou êtes victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, nous disposons d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

Vous êtes tenu de nous en informer lors des formalités de demande de prestations.

À qui vous adresser en cas de réclamation / médiation ?

En cas de difficultés dans l'application du contrat, votre entreprise, vous et/ou vos ayants droit pouvez contacter dans un premier temps votre conseiller ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée comme suit :

- pour votre entreprise : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex ;
- pour vous et vos ayants droit : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif à vos garanties n'a pu être trouvée, votre entreprise, vous et/ou vos ayants droit pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, vous 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/>.

Informatique et libertés

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 »), vous et les bénéficiaires êtes 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. Vos données à caractère personnel et celles 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 de vos avis et de ceux 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 de vos besoins exprimés et de ceux des 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 votre non ré-identification ainsi que de celle 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 votre 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 qui vous a été faite ainsi qu'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 votre destination et celle des bénéficiaires.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter vos données personnelles et celles 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 votre situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à votre vie personnelle, à votre santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise votre NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») et ceux 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, votre consentement explicite et spécifique et celui 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 de vos données à caractère personnel ainsi que celles 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 votre santé et celles 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 vos données à caractère personnel et celles des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

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

Si vos données à caractère personnel et celles 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 vous 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 de vos données ainsi que celles 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. Vous et les bénéficiaires disposez d'un droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de vos données, post-mortem. Vous et les bénéficiaires disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous 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, vous et les bénéficiaires disposez 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.

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

Garanties d'assistance

Lors de la remise de votre notice par votre employeur vous trouverez en complément de celle-ci une notice précisant les conditions d'accès aux prestations proposées par Auxia Assistance.

LEXIQUE

Actes techniques médicaux

Participation forfaitaire, prévue à l'article L.160-13-II du Code de la sécurité sociale, à votre charge pour certains actes ou consultations pris en charge par l'assurance maladie et réalisés par un médecin en ville ou dans un établissement de santé (à l'exclusion notamment des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale.

Acupuncture

Il s'agit d'un traitement par implantation d'aiguilles visant à fluidifier la circulation de l'énergie dans le corps.

Base de remboursement

Il s'agit du tarif de base déterminé par la Sécurité sociale française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non conventionnés.

Chiropractie

Il s'agit d'une médecine naturelle qui a pour objet de diagnostiquer, traiter ou prévenir les troubles musculaires en se concentrant principalement sur la manipulation des terminaisons nerveuses.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signée par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).

Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.

Dépassements d'honoraires non pris en charge

Lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonnés, les médecins spécialistes sont autorisés à pratiquer des dépassements dans certaines limites pour chaque acte effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Forfait hospitalier

Il s'agit de la somme journalière à votre charge et dont le montant est fixé par arrêté.

Majoration de participation financière

Si vous n'avez pas de médecin traitant, ou si vous consultez directement un médecin sans prescription de votre médecin traitant (sauf en cas d'urgence ou de consultation en dehors du lieu de votre résidence habituelle) ou dans certains cas si vous refusez l'accès à votre dossier médical personnel, conformément aux dispositions des articles 3 et 7 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 ; une majoration du ticket modérateur sera effectuée.

Ostéopathie

Il s'agit d'un traitement manuel s'intéressant aux troubles fonctionnels du corps humain.

Régime obligatoire

Le régime de Sécurité sociale français auquel vous êtes affilié.

TA (tarif d'autorité)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TC (tarif de convention)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TFR (tarif forfaitaire de responsabilité)

Base de remboursement du régime obligatoire calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établie par arrêté ministériel.

TM (ticket modérateur)

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion de la contribution forfaitaire et de la majoration de participation financière maintenues à votre charge.

TR (tarif de responsabilité)

Cela vise :

- le tarif convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné ;
- le tarif d'autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

Tiers payant (ou dispense d'avance de frais)

Paiement direct, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques par les organismes d'assurance complémentaire, à votre place.