

GROUPE ARCELORMITTAL EN FRANCE

# Frais de santé

**Régime de base**

**NOTICE D'INFORMATION OBLIGATOIRE FS4012**  
**Garanties en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2021**

« Ensemble du personnel »

Entreprises adhérentes à l'accord collectif du 1<sup>er</sup> décembre 2016

# SOMMAIRE

DOCUMENT À SIGNER ET À REMETTRE À VOTRE EMPLOYEUR	3
PRÉAMBULE	5
CHARTRE BIEN ÊTRE ET BIEN VIVRE	6
NOS ENGAGEMENTS	6
VOTRE DÉMARCHE RESPONSABLE	6
NOS RECOMMANDATIONS POUR VOTRE BIEN-ÊTRE	6
INFORMATIONS GÉNÉRALES	7
L'OBJET DU CONTRAT	7
VOTRE AFFILIATION	7
QUAND BÉNÉFICIEZ-VOUS DES GARANTIES ?	8
LES COTISATIONS	12
LES PRESTATIONS	12
QUELLES SONT VOS FORMALITÉS DÉCLARATIVES ?	18
LES GÉNÉRALITÉS DU CONTRAT	19
TABLEAU DES PRESTATIONS	23
LEXIQUE	26

## 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 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 bénéficiant, en fonction de la structure d'affiliation, des garanties du contrat.

**Par conjoint** nous entendons :

- votre époux ou votre épouse, non-séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e),
- votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs) non dissous et non rompu,
- ou à défaut votre concubin célibataire, divorcé ou veuf, s'il réside sous le même toit que vous, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi, vous et votre concubin ne doivent être mariés, ni l'un ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.

**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 décrivant les garanties frais de santé souscrites au titre  
du régime de base par mon employeur :.....

.....

à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2021 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

Siren n°: 562 094 425

Contrat n : M1/N26770-0001-S



# 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.

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

# CHARTRE 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 :

- 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.

## VOTRE DÉMARCHÉ 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, prothèses auditives et séjour hospitalier non urgent. Faites-le analyser par nos spécialistes, en appelant le numéro figurant sur votre carte de tiers payant 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 **[www.ameli-direct.fr](http://www.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.

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

### L'OBJET DU CONTRAT

---

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 Code de la sécurité sociale.

Cette notice a pour objet d'indiquer les conditions dans lesquelles nous vous accordons, ainsi qu'à vos ayants droit, le remboursement 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.

Vos garanties répondent aux 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.

Elles respectent en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même Code.

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 montant de la cotisation relative à la garantie assistance respecte le plafond de la doctrine administrative permettant à votre employeur 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 devez également mentionner dans le même document tout changement de situation familiale (mariage, naissance, pacs...).

Vous remettez votre bulletin accompagné des pièces nécessaires à votre affiliation à votre employeur.

Celui-ci s'engage à nous les faire parvenir dans les trente jours qui suivent la date d'affiliation demandée ou la modification de votre situation familiale.

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

**Les cotisations payées nous sont acquises.**

#### Déchéance des garanties au sinistre

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

- si vous faites 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,
- si vous utilisez ou fournissez 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.

**Vous vous exposez également à des poursuites pénales de notre part.**

## Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?

Vos ayants droit sont :

- votre conjoint,
- vos enfants célibataires ou ceux de votre conjoint âgés de moins de 18 ans,  
Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à la veille du 28<sup>e</sup> anniversaire pour les enfants célibataires qui poursuivent des études secondaires ou supérieures et affiliés à un régime de Sécurité sociale. Bénéficiaire également de cette prolongation, les enfants en contrat d'apprentissage immatriculés personnellement à la Sécurité sociale, à condition que leurs revenus soient inférieurs au SMIC,
- vos enfants célibataires, ceux de votre conjoint, à votre charge, pris en compte par l'administration fiscale pour la détermination du quotient familial, quel que soit leur âge, s'ils ouvrent droit à l'allocation d'éducation pour enfant handicapé prévue à l'article L.541-1 du Code de la sécurité sociale ou perçoivent l'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L.821-1 de ce Code (ou seraient susceptibles de la percevoir si leurs revenus ne dépassaient pas le plafond prévu par décret, à condition toutefois qu'ils restent inférieurs au SMIC) sous réserve que leur incapacité ait été reconnue avant 18 ans (ou avant 28 ans pour ceux qui poursuivent des études ou sont placés sous contrat d'apprentissage),
- vos enfants célibataires de moins de 28 ans à la recherche d'un premier emploi au maximum pendant 12 mois après la fin de leur scolarité,
- vos ascendants ou ceux de votre conjoint pris en compte par l'administration fiscale pour la détermination du quotient familial.

### Structure d'affiliation

Votre structure d'affiliation est « famille ». Sauf cas de dispenses prévues par la réglementation sociale en vigueur, votre affiliation est obligatoire. Elle entraîne de plein droit celle de vos ayants droit.

## QUAND BÉNÉFICIEZ-VOUS DES GARANTIES ?

### Quand prennent effet vos garanties ?

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

#### Pour vous

- à la date d'effet du contrat,
- à la date de votre embauche, postérieurement à la souscription,
- au jour de votre demande d'affiliation, si vous bénéficiez auparavant 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 de la demande d'affiliation, pour les ayants droit 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.

### Quand cessent vos garanties ?

#### Pour vous

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat souscrit par votre employeur,
- 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 société adhérente, 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 des garanties dans le cadre 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 prestations 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 ?

### Vous êtes en arrêt de travail ou vous avez un maintien de salaire

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

- bénéficiaire d'un maintien total ou partiel 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.

### Vous êtes en congé sans solde

Le bénéfice des garanties peut être maintenu en cas de congé sans solde, à savoir la suspension de votre contrat de travail sans versement de rémunération et à votre initiative, dans les conditions définies ci-après.

## 1. Durée des garanties

### 1.1. La prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet :

- à la date de votre départ en congé sans solde sous réserve que la demande de maintien de la garantie nous parvienne, par écrit, dans les trente jours qui précèdent la date de suspension de votre contrat de travail,
- au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant votre demande, si celle-ci est formulée au plus tard dans les trois mois qui suivent la date de suspension de votre contrat de travail.

### 1.2. La cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date de résiliation du contrat souscrit par votre entreprise,
- à la veille de la reprise d'activité,
- à la date de votre radiation des effectifs,
- à la date à laquelle vous avez dénoncé votre affiliation, dans les conditions exposées ci-après au paragraphe intitulé « dénonciation volontaire ».

## 2. Les cotisations

### 2.1. Montant des cotisations

Le montant des cotisations (part patronale et part salariale) sont identiques à celles de la catégorie de personnel en activité dont vous relevez avant votre congé sans solde.

### 2.2. Paiement des cotisations

Les cotisations, y compris les taxes éventuelles, sont payables à titre individuel, mensuellement d'avance, par prélèvement automatique sur votre compte ou par virement. Il n'y a pas de prise en charge par votre employeur pendant votre congé sans solde.

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

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

Lorsque le contrat est dénoncé dans les conditions prévues au contrat, vous n'êtes 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.

### 2.3. Les modalités de recouvrement des cotisations

Vous êtes le seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, vous remettez un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) et un mandat SEPA.

À défaut du paiement de l'intégralité des cotisations ci-dessus, une mise en demeure de paiement chiffrée vous est adressée par lettre recommandée avec avis de réception.

Si le paiement n'est pas intervenu :

- vos garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure,
- vos garanties cessent dix jours après la date d'effet de la suspension.

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

**Votre radiation pour défaut de paiement entraîne celle des membres de votre famille. Cette radiation est définitive.**

### 3. La faculté de renonciation

Vous avez la faculté de renoncer au maintien individuel à titre facultatif, dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de votre adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée ou d'un 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 que vous avez perçues devront nous être restituées préalablement et intégralement.

**La renonciation est définitive, pour vous et pour vos ayants droit.**

### 4. La dénonciation volontaire de l'assuré

**Vous pouvez dénoncer votre maintien individuel à titre facultatif et celui de vos ayants droit conformément aux modalités ci-dessous :**

- **dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information ou de la notice additive établie à cet effet, en cas de modification apportée à vos droits et obligations,**
- **deux mois avant la date d'échéance de la première année de votre adhésion, soit au plus tard le 31 octobre.**
- **à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de votre affiliation à titre facultatif, sans frais ni pénalités. À défaut d'accord des parties, la dénonciation prend effet un mois après la réception par nos soins de votre notification.**

La notification de la dénonciation de votre affiliation peut être effectuée, à votre choix :

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

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

**Cette dénonciation est définitive, pour vous et pour vos ayants droit.**

### 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 et vos ayants droit déclarés bénéficiez, à titre gratuit, du maintien de vos garanties.

Vous et vos ayants droit devez être couverts au titre du contrat, souscrit par votre employeur, au moment de la cessation de votre contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail.

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.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des 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.

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

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 celles de vos ayants droit.

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

En tant qu'ancien salarié, vous et vos ayants droit couverts à la date d'effet du contrat, par un autre organisme assureur, au titre de la portabilité, bénéficiez du maintien des garanties si vous continuez à remplir les conditions énoncées ci-dessus.

### Maintien individuel de vos garanties

Si vous bénéficiez de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement si vous êtes privé d'emploi, vous pouvez demander :

- à bénéficier du maintien des présentes garanties, ou
- à souscrire à un contrat adapté à votre nouvelle situation.

#### En cas de maintien des garanties définies au contrat :

Le maintien de vos garanties est viager. Cette faculté de maintien des garanties n'est pas ouverte à vos ayants droit. Ils peuvent toutefois demander à souscrire un contrat que nous leur proposerons.

Vous devez nous faire part du choix par écrit dans les six mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail.

Dans le cas particulier où vous avez précédemment bénéficié de la portabilité de la couverture d'assurance, le délai de six mois court à compter du terme de la période de maintien des garanties.

Quel que soit le choix retenu, aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise.

Nous adressons une proposition de maintien de la couverture à compter de la cessation de votre contrat de travail, de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité.

Les garanties prennent effet au lendemain de la demande.

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

#### En cas de demande de votre part, d'un contrat adapté à votre nouvelle situation :

Nous proposerons une solution pour répondre à vos besoins ou à ceux de vos ayants droit.

### Maintien des garanties des ayants droit en cas de décès du salarié

Le bénéfice des garanties est maintenu aux ayants droit en cas de décès du salarié.

S'ils souhaitent bénéficier des garanties, les ayants droit garantis du chef de l'assuré décédé doivent compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation.

Ce bulletin individuel d'affiliation doit nous parvenir dans les six mois suivant le décès du salarié.

## 1. Durée des garanties

### 1.1. La prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date du décès du salarié.

### 1.2. La cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la fin de l'exercice civil au cours duquel l'ayant droit demande la résiliation de son affiliation,
- à la date de résiliation ou de suspension du contrat,
- à la date à laquelle l'ayant droit dénonce son affiliation, dans les conditions exposées ci-après au paragraphe intitulé « dénonciation volontaire »,
- au terme d'une période de 12 mois à compter du décès.

En cas de résiliation du présent contrat collectif obligatoire avant le terme de la période de 12 mois, nous pourrions :

- proposer aux ayants droit d'assurés décédés le maintien des garanties à titre individuel en contrepartie du paiement de cotisations pour une durée couvrant la période restant à courir,

ou

- proposer un contrat adapté à la situation des ayants droit.

## 2. Les cotisations

La garantie est accordée sans contrepartie de cotisations.

### 3. La faculté de renonciation

L'ayant droit garanti du chef de l'assuré décédé 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° ..... , ayant pris effet le ».

**La renonciation est définitive, pour l'ayant droit.**

### 4. La dénonciation volontaire

**L'ayant droit garanti du chef de l'assuré décédé peut dénoncer son affiliation conformément aux modalités ci-dessous :**

- **dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information ou de la notice additive établie à cet effet, en cas de modification apportée à ses droits et obligations,**
- **deux (2) mois avant la date d'échéance de la première année de l'adhésion, soit au plus tard le 31 octobre.**
- **à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de son affiliation, sans frais ni pénalités. À défaut d'accord des parties, la dénonciation prend effet un (1) mois après la réception par nos soins de sa notification.**

La notification de la dénonciation de l'affiliation peut être effectuée, à son choix :

1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;

2° Soit par déclaration faite à notre siège social ou chez notre représentant ;

3° Soit par acte extrajudiciaire ;

4° Soit, lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;

5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

**Cette dénonciation est définitive, pour l'ayant droit.**

## LES COTISATIONS

---

Les cotisations nous sont versées par votre employeur.

## LES PRESTATIONS

---

### Quelles sont les prestations ?

Les garanties prennent en charge l'ensemble des prestations décrites dans la partie « Tableau de garanties », en complément des remboursements versés par la Sécurité sociale et dans la limite des frais réellement 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 prestation de la Sécurité sociale ou sur votre 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.

### Critères du contrat responsable et de la couverture minimale

Les garanties respectent les **obligations minimales et maximales légales et réglementaires** de prise en charge conformément aux dispositions du **contrat responsable** prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et de la **couverture minimale** prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même Code.

Ainsi, les garanties assurent obligatoirement :

- **la prise en charge du ticket modérateur** pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale, à l'exception des frais de cures thermales, des médicaments remboursés à 30 % et à 15 % et de l'homéopathie.  **Il couvre notamment à hauteur du ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention** pris en charge par la Sécurité sociale,

- **la participation forfaitaire** pour les actes mentionnés à l'article R.322-8 I du Code de la sécurité sociale,
- **la prise en charge intégrale du forfait journalier hospitalier**, sans limitation de durée,
- **la prise en charge des frais dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale** dans le respect du plancher de remboursement prévu par la réglementation,
- **la prise en charge des équipements optiques**, dans le respect de planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation.

**Si le contrat comporte des garanties optiques dentaires ou auditives, elles sont modifiées de la façon suivante :**

## 1. Optique

### a. Généralités

Les évolutions suivantes entreront en vigueur à compter du **1<sup>er</sup> janvier 2020**.

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

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100 % santé ».
- **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement, est remboursé dans le respect des 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 »**.

Si 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 ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **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

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

#### VERRES COMPLEXES

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

### VERRES TRÈS COMPLEXES

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

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

#### b. 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<sup>er</sup> 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.	<ul style="list-style-type: none"><li>- 1 an suivant la dernière facturation ;</li><li>- 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.</li></ul>
<b>Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue</b>		
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 <b>de verres</b> .
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"><li>- 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 ;</li><li>- 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 ;</li><li>- 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 ;</li><li>- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;</li><li>- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;</li><li>- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) &gt; 4,00 dioptries.</li></ul>	
Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"><li>- soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne,</li><li>- soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.</li></ul>	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
<b>Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières</b>		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement <b>des verres</b> .	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

## 2. Dentaire

Les évolutions suivantes entreront en vigueur en deux temps : **à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020** pour une partie des actes du panier « 100% santé », puis **au 1<sup>er</sup> 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 entreront en vigueur **à compter du 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

**Le contrat prévoit le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** regroupant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO) et respecte les plafonds de prise en charge prévus par la réglementation.

La liste des praticiens concernés est consultable sur [ameli-direct.fr](http://ameli-direct.fr).

**Toutefois, les garanties ne prennent pas en charge :**

- **la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale,**
- **la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,**
- **les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).**

### Quelles sont les autres limites de remboursement ?

Le total de nos remboursements, de ceux de la Sécurité sociale et ceux 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 telles que définies au paragraphe intitulé « Quelles sont les prestations ? ».

Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne donnera lieu à aucun report sur l'année suivante.

Les médicaments achetés sur Internet sont remboursés dans la mesure où ils ont été achetés sur des sites autorisés, l'autorisation étant donnée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente. La liste des sites autorisés est disponible sur le site de l'Ordre National des Pharmaciens ([www.ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr)).

### Forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale

Vos garanties prévoient des forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale. Ils sont indiqués au tableau de garanties.

Ces forfaits ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées.

### Médicaments ou pharmacie, prescrit non remboursés par la Sécurité sociale

Si ce forfait annuel est prévu dans votre tableau de garanties, celui-ci permet de couvrir, sur présentation d'une ordonnance et facture détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité, les médicaments et pharmacie prescrits non remboursés par la Sécurité sociale.

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

### Spécialités médicales non remboursées

Votre remboursement est conditionné à la présentation d'une facture établie par le praticien mentionnant le diplôme de celui-ci.

**Ostéopathie et chiropractie** : ce forfait permet de couvrir les consultations liées à des actes d'ostéopathie, de chiropractie non remboursés par la Sécurité sociale, sur présentation d'une facture établie par le praticien.

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

### Frais d'obsèques

Le contrat prévoit le versement d'une allocation au titre des frais d'obsèques, en cas de décès :

- du conjoint, partenaire pacsé ou concubin : l'allocation est versée à l'assuré,
- des enfants à charge de l'assuré, tels que définis au contrat : l'allocation est versée à l'assuré. Pour les enfants de moins de 12 ans, l'allocation est limitée aux frais réels.

À défaut de bénéficiaire tel qu'indiqué ci-dessus, l'allocation est versée à la personne ayant supporté les frais d'obsèques.

À défaut de personne ayant supporté les frais d'obsèques, l'allocation sera répartie entre les héritiers en proportion de leur part héréditaire.

Le montant de l'allocation obsèques est précisé dans les tableaux de garanties ci-dessus.

En cas de décès d'une personne sous tutelle, cette allocation ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés.

Le règlement de l'allocation est subordonné à la réception d'une copie intégrale de l'acte de décès et l'original de la facture acquittée mentionnant le nom de la personne ayant réglé la facture.

### Réseau de professionnels de santé

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

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

Vos garanties prévoient des prestations plus élevées pour les dépenses engagées dans le réseau.

Dans ce cas, pour bénéficier des majorations dans les réseaux, vous devez avoir recours au tiers payant. Toutefois, vous conservez le libre choix de votre praticien.

Les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulables. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées au tableau de garanties.

La liste des professionnels de santé appartenant à nos réseaux est disponible sur notre site internet [www.malakoffhumanis.com](http://www.malakoffhumanis.com)

### Tiers payant

Le contrat vous permet ainsi qu'à vos ayants droit 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.

En cas de radiation des effectifs, vous devez sans délai nous retourner votre carte de tiers payant santé.

### Le contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle médical pour toute demande concernant les prestations au titre des garanties, avant ou après le paiement des prestations.

Nous pouvons avoir recours à une expertise médicale effectuée par un médecin expert 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 une prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

Lors du contrôle médical, vous avez la faculté de vous faire assister par le médecin de votre choix ou d'opposer les conclusions de votre médecin traitant.

En cas de contestation des conclusions 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 ainsi que le nom du médecin chargé de vous représenter dans une entrevue amiable avec le médecin expert que nous aurons désigné pour nous représenter.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise 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.

### Service devis conseil

Afin de réduire votre reste à charge, nous vous encourageons à nous faire parvenir pour analyse les devis établis au préalable par votre praticien, notamment pour le remboursement des frais d'optique, des prothèses dentaires, des dépassements d'honoraires et des chambres particulières, dès lors que les dépenses engagées dépassent les montants définis comme suit :

- **optique** (hors réseau) : tout devis dépassant 500 euros en cas d'achat hors tiers payant,
- **dentaire** : tout devis concernant des soins prothétiques dépassant 700 euros, en orthodontie au-delà de 800 euros et en implantologie au-delà de 2 000 euros,
- **dépassements d'honoraires** : tout devis dont le montant est supérieur à 300 % de la base de remboursement Sécurité sociale,
- **chambre particulière et frais de séjour hors convention** : tout devis pour lequel le prix journalier est supérieur à 100 euros. 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.

À réception du devis, nous établirons le montant pris en charge, votre reste à charge, 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 vous faites appel à un praticien ou à un établissement appartenant à un de nos réseaux de soins. Il en est de même si nous devons mettre en place de nouveaux réseaux.

Pour bénéficier de ce service, vous pouvez imprimer des modèles de devis sur notre site internet [www.malakoffhumanis.com](http://www.malakoffhumanis.com) ou utiliser le formulaire fourni par le professionnel de santé. Les devis doivent être retournés signés à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

### 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 les optimiser, réduire les frais à votre charge et vous orienter vers une offre de soins de qualité au meilleur coût.

Accessible sur le site [www.malakoffhumanis.com](http://www.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 (médecine de ville, 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, 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.

## 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.

Vous devez joindre une photocopie de l'attestation jointe à votre carte vitale.

De plus, pour justifier la qualité d'ayant droit, vous devez joindre les pièces suivantes :

- une photocopie de l'attestation jointe à la carte vitale pour chacun de vos ayants droit immatriculés personnellement à la Sécurité sociale,
- en cas de pacs, une copie de la convention de pacs,
- en cas de concubinage, une attestation de vie maritale délivrée par la mairie ou tout autre document justifiant d'une adresse commune ; l'adresse figurant sur les attestations jointes aux cartes vitales doit être identique,
- pour votre enfant de 18 ans à 28 ans, un certificat de scolarité ou photocopie du contrat d'apprentissage ainsi qu'une attestation certifiant que votre enfant est entièrement à votre charge ou que ses revenus ne soient pas supérieurs au SMIC brut annuel, une attestation pôle emploi,
- pour votre enfant handicapé avant 18 ans (ou 28 ans s'il poursuit des études à condition que ses revenus ne soient pas supérieurs au SMIC brut annuel) et percevant l'allocation d'éducation pour enfant handicapé
- prévue à l'article L.541-1 du Code de la sécurité sociale ou l'allocation d'adulte handicapé prévue à l'article L.821-1 de ce Code, une copie du document lui accordant cette allocation,
- pour vos ascendants ou ceux de votre conjoint, votre avis d'imposition.

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

### Comment obtenir un remboursement ?

Pour obtenir le premier remboursement, votre demande d'affiliation doit nous avoir été adressée par votre employeur.

#### Pour vous et les membres de votre famille indemnisés sous votre numéro de Sécurité sociale

Il existe une procédure de traitements automatiques des remboursements (NOEMIE) entre la Sécurité sociale et nous. Cette procédure vous permet, ainsi qu'aux membres de votre famille indemnisés sous votre numéro de Sécurité sociale, de ne rien nous adresser, sauf demande expresse, dès lors que la demande de remboursement a été adressée à la Sécurité sociale.

Pour s'assurer que vous n'avez rien à nous adresser, vous devez vérifier que la mention « décompte transmis à votre organisme complémentaire », ou une formule similaire, est indiquée sur votre décompte de la Sécurité sociale.

Si ce n'est pas le cas, vous devrez nous adresser l'original du décompte de la Sécurité sociale pour obtenir votre remboursement.

Si, pour procéder au remboursement, nous avons besoin d'une facture (optique, prothèse dentaire...), nous vous la réclamerons.

Si, par contre, vous n'avez pas adressé de demande de remboursement à la Sécurité sociale, par exemple parce que vous n'avez acquitté que le ticket modérateur, vous devez nous adresser votre reçu des sommes acquittées pour votre remboursement.

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

Si, en changeant de domicile, vous changez de caisse primaire d'assurance maladie, vous devez nous adresser une photocopie de votre nouvelle attestation de carte vitale pour continuer à bénéficier de la procédure NOEMIE.

#### Pour les membres de votre famille ayant leur propre numéro de Sécurité sociale

Vous devez déclarer sur votre bulletin individuel d'affiliation si ces derniers sont affiliés ou non à un organisme complémentaire.

Notre intervention diffère selon leur situation :

- s'ils sont affiliés à l'organisme complémentaire, ils bénéficieront éventuellement d'un remboursement complémentaire de notre part après remboursement de l'organisme complémentaire et au vu de l'original du décompte qui leur aura été adressé par celui-ci,
- s'ils ne sont pas affiliés à un organisme complémentaire, ils bénéficieront de notre garantie et de la procédure NOEMIE dans les mêmes conditions que vous.

Dans le cas où votre conjoint, votre partenaire pacsé, votre concubin ou vos enfants à charge relève(nt) d'un régime particulier tel que :

- régime étudiant,
- régimes de la fonction publique,
- régimes spéciaux des travailleurs non salariés,
- régime minier,

il est nécessaire de nous adresser les originaux des décomptes de prestations de ces organismes ou de la mutuelle dont ils pourraient bénéficier en complément, pour que nous puissions intervenir à titre complémentaire ou surcomplémentaire.

Le décompte dématérialisé venant du site de l'organisme assureur/gestionnaire vaut original.

### Comment consulter vos remboursements ?

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

Dans votre Espace client sur notre site Internet :  
**www.malakoffhumanis.com**

ou

Par téléphone au :

**0 800 800 639** Service & appel gratuits

de 8 h 30 à 19 h en continu du lundi au vendredi (hors jours fériés) et 9 h à 17 h en continu le samedi

### 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, avant ou après remboursement 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 vous 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 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 fausse 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 ignoré jusque là.**

Lorsque vous, votre entreprise ou le bénéficiaire 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 du bénéficiaire ou a été indemnisé par vos soins, votre entreprise ou le bénéficiaire.

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 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 nous adressez en ce qui concerne le règlement de la prestation.

### Mobilité des assurés à l'étranger (hors Union européenne)

Les soins effectués à l'étranger, en dehors de l'Union européenne sont remboursés à la triple condition :

- que les soins aient été occasionnés lors d'un déplacement de moins de trois mois en dehors du territoire français ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale,
- d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale,
- d'avoir été engagés de manière inopinée et non programmée (soins urgents), sauf dans le cas particulier du détachement, pour les soins effectués dans le pays concerné.

Les remboursements complémentaires, établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale, sont effectués en euros, dans la limite des garanties. Le remboursement des soins pratiqués à l'étranger est aligné sur celui des professionnels de santé non signataires du contrat d'accès aux soins.

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.

### Mobilité des assurés à l'étranger au sein de l'Union européenne

Tous les actes de soins prodigués aux assurés au sein de l'Union européenne, ayant donné lieu à un remboursement préalable de la part de la Sécurité sociale française, sont pris en charge au titre du contrat.

Les remboursements complémentaires, établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale, sont effectués en euros, dans la limite des garanties. Le remboursement des soins pratiqués au sein de l'Union européenne est aligné sur celui des professionnels de santé 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 atteint 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 ?

En cas de difficultés dans l'application du contrat, vous et/ou les bénéficiaires et votre employeur 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 employeur : [reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com](mailto:reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com) ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.
- Pour vous et/ou les bénéficiaires : [reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com](mailto:reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com) ou 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, vous et/ou les bénéficiaires et votre employeur 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/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

## Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), 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](mailto: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 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 des besoins exprimés par vous 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 votre non ré-identification et 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 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 votre attention et celle des 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 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 votre NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») et celui 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 et de 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.

Vos données de 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.

Vos 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 et 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 à tout moment pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont elles font 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](mailto: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 enfin 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](http://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.

## TABLEAU DES PRESTATIONS

Les prestations sont définies comme suit :

RÉGIME DE BASE		
REMBOURSEMENTS		
Dans la limite des frais engagés.		
Ces remboursements interviennent en complément de la Sécurité sociale, sauf indication contraire figurant au tableau ci-après		
<b>HOSPITALISATION <sup>(1)</sup> (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie) en établissement conventionné ou non</b>		
<b>Frais de séjour</b>	En établissement conventionné	100 % FR limité à 400 % BR
	En établissement non conventionné	4 % PMSS/jour limité à 50 % PMSS/an
<b>Honoraires (chirurgien, anesthésiste, aide opératoire, assistant)</b>	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 200 % BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR
<b>Forfait journalier hospitalier <sup>(2)</sup></b> Non remboursé par la Sécurité sociale		100 % FR sans limitation de durée
<b>Chambre particulière</b> (y compris Maternité) <sup>(3)</sup> Non remboursé par la Sécurité sociale		
	Par nuitée	4 % PMSS/jour
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	40 €/jour
<b>Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques</b> (y compris médecine de ville)		100 % FR
<b>Frais d'accompagnant <sup>(3)</sup></b> Non remboursé par la Sécurité sociale		
	Bénéficiaire de moins de 14 ans – par nuitée	1 % PMSS/jour
<b>DENTAIRE <sup>(4)</sup> auprès d'un professionnel</b>		
<b>Soins et prothèses 100 % Santé**</b>		sans reste à payer <sup>(8)</sup>
<b>Soins</b>	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	130 % BR
	Inlay/onlay	130 % BR
	Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	80 % BR
<b>Prothèses autres que 100 % Santé</b>	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale autres que 100 % Santé (sur la base d'une prothèse de type couronne)	300 % BR
	Inlay-core remboursée par la Sécurité sociale	300 % BR
<b>Implantologie</b>	Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale – par implant et par bénéficiaire / Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire – par implant et par bénéficiaire	15 % PMSS/ Implant (limité à 2 implants/an/bénéficiaire)
<b>Orthodontie</b>	Par semestre de traitement et par bénéficiaire sur la base d'un TO 90	300 % BR
	Non remboursée par la Sécurité sociale sur la base d'un TO 90 – par semestre de traitement et par bénéficiaire (jusqu'à maxi 25 ans)	290,25 €/semestre
<b>OPTIQUE - Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés se référer au contrat.</b>		
<b>Équipement 100 % Santé**</b> (classe A)	Y compris l'examen de la vue par l'opticien	sans reste à payer <sup>(9)</sup>
<b>Équipement autre que 100 % Santé</b> (classe B)		
Dans le réseau <b>KALIXIA</b> <sup>(5)</sup> tarifs négociés et reste à charge minoré	par verre simple*****	100 % FR (limite contrat responsable)
	par verre complexe*****	100 % FR (limite contrat responsable)
	par verre très complexe*****	100 % FR (limite contrat responsable)
	par monture de lunettes*****	100 €
Hors réseau <b>KALIXIA</b> <sup>(5)</sup>	par verre simple*****	65 €
	par verre complexe*****	145 €
	par verre très complexe*****	145 €
	par monture de lunettes*****	100 €
<b>Lentilles</b>	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale <sup>(6)</sup>	2 % PMSS /lentille/an/ bénéficiaire
	Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale <sup>(6)</sup>	4 % PMSS /an/bénéficiaire
<b>Chirurgie optique réfractive</b>		500 € /œil/an

<b>AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille renouvellement par appareil tous les 4 ans</b>		
<b>À compter du 01/01/2021 :</b> <b>Équipement 100 % Santé** (classe I*** )</b>		sans reste à payer <sup>(9)</sup>
<b>Équipement autre que 100 % Santé (classe II*** )</b>	Limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) - RO + RC	
	Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité****	25 % PMSS/an/bénéficiaire/oreille
	Bénéficiaire à compter du 21 <sup>e</sup> anniversaire	25 % PMSS/an/bénéficiaire/oreille
<b>Jusqu'au 31/12/2020 :</b>	Aide auditive - par an et par bénéficiaire	25 % PMSS/an/bénéficiaire/oreille
<b>SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
<b>Consultation / visite / consultation en ligne</b>		
chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	60 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	40 % BR
chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR
<b>Actes techniques médicaux</b>	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR
<b>Actes d'imagerie médicale</b>	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes	40 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		70 % BR
<b>Matériel médical</b>	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	150 % BR
<b>Frais de transport sanitaire</b>	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR <sup>(7)</sup>	100 % TM
<b>Cures thermales</b>	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	5 % PMSS/an
<b>Médicaments</b>	Médicaments remboursés à 65 %	100 % TM
	Médicaments remboursés à 30 %	100 % TM
	Médicaments remboursés à 15 %	100 % TM
	Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	15 €/an/bénéficiaire
<b>Médecine additionnelle et de prévention</b>		
Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	Densitométrie osseuse non remboursée par la sécurité sociale	50 €/acte
	Chiropracteur, étio-pathe, microkinésithérapeute, ostéopathe - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 3 séances par an	40 €
<b>ALLOCATION D'OBSÈQUES</b>		
<b>Allocation d'obsèques</b> Non remboursée par la Sécurité sociale	En cas de décès du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin, d'un enfant à charge (Pour les enfants de moins de 12 ans, l'allocation est limitée aux frais réels)	50 % PMSS
<b>PRÉVENTION</b>		
<b>Actes de Prévention</b>	Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale <sup>(10)</sup>	TM

**BR** = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR-SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **FR** = Frais réels déduction faite du remboursement éventuel de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

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

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

\*\*\* Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B.

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

\*\*\*\*\* Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique. ;

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) Les forfaits sont calculés et proratisés : sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses.

(5) Les prestations dans le réseau **KALIXIA** et hors réseau ne sont pas cumulatives. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima au ticket modérateur.

(6) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(7) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(8) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation.

(9) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.

(10) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur [ameli.fr](http://ameli.fr)).

## LEXIQUE

---

### Actes techniques médicaux

Participation forfaitaire, prévue à l'article L.322-2-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.

### 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](http://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.



**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

Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis

21 rue Laffitte - 75009 Paris

[malakoffhumanis.com](http://malakoffhumanis.com)



MH-10463\_2101