

Canton La Boétie

Notice d'information Santé

Régime CSAF - AEG

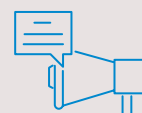
Garanties réservées à l'ensemble du personnel
Édition janvier 2021





À SAVOIR

Cette notice présente vos garanties Frais de santé dont vous bénéficiez en tant qu'assuré du canton La Boétie. Elles sont assurées par Malakoff Humanis Prévoyance.





SOMMAIRE

VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	4
POUR MIEUX SE COMPRENDRE	6
VOS GARANTIES	8
VERSEMENT DES PRESTATIONS	15
LES SERVICES LIÉS À VOTRE CONTRAT	18
VOS SERVICES EN LIGNE SUR MALAKOFFHUMANIS.COM	20
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	22

Votre complémentaire santé



Objet de votre contrat

Le présent régime Frais de santé a pour objet de servir aux salariés de l'entreprise adhérente et à leurs ayants droit, des prestations complémentaires aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

Il est obligatoire et s'applique aux salariés couverts par le régime.

Ces garanties Frais de santé peuvent faire l'objet, en cours d'année, de modifications en fonction de l'évolution de la réglementation et des décisions du Conseil d'administration.

Quelle est la date d'effet ?

Votre affiliation au régime obligatoire est effective :

- à votre date d'embauche si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat.

Après avoir fourni à notre organisme toute déclaration et justificatifs nécessaires, le salarié affilié est dénommé « assuré » dans cette notice.

Quand cesse votre contrat ?

Lorsque votre contrat de travail est suspendu en cas de congé non rémunéré, à l'exception du congé maternité et du congé paternité, entraînant l'absence de versement des cotisations, les garanties sont suspendues.

Sous réserve des dispositions prévues au chapitre «Maintien des garanties en cas d'incapacité et d'invalidité» et des dispositions relatives au maintien individuel d'une couverture Frais de santé, les garanties cessent :

- à la date de rupture de votre contrat de travail,
- à la date de résiliation du contrat de l'entreprise,
- à la date à laquelle vous n'appartenez plus à l'une des catégories couvertes par le régime de votre entreprise.

Seuls les actes réalisés jusqu'à la date de cessation de vos garanties sont pris en charge.

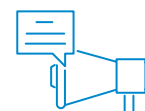
Qui est couvert par le contrat Santé ?

- vous-même, en tant que salarié affilié au contrat.

Quels sont vos bénéficiaires ?

- votre conjoint ou assimilé (partenaire lié par un PACS ou concubin),
- vos enfants à charge,
- vos ascendants directs à charge.

À SAVOIR



- Le conjoint doit être non divorcé, ni séparé de corps judiciairement.
- Le partenaire PACS est le partenaire avec lequel l'assuré est lié par un Pacte civil de solidarité.
- Le concubin, célibataire, veuf ou divorcé est la personne vivant en concubinage avec l'assuré. Le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.
- Les ascendants directs à votre charge ou ceux de votre conjoint, de votre concubin ou de votre partenaire lié par un PACS, sont pris en compte à condition d'être âgés d'au moins 60 ans, de ne pas être assujettis à l'impôt sur le revenu du fait de leurs ressources personnelles et de vivre sous votre toit sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation. **Le nombre d'ascendants à charge, pris en considération, est limité à deux.**

Quels sont les enfants à charge couverts ? Quels justificatifs fournir ?

Justificatifs	
Votre enfant à charge issu de vous, reconnu, adopté ou recueilli dont vous avez la garde ou pour lequel vous versez une pension alimentaire et ceux de votre conjoint ou assimilé dont celui-ci a la garde :	
■ jusqu'à la fin du trimestre civil suivant celui de la fin des études, du contrat d'apprentissage ou du contrat de professionnalisation	Copie du certificat de scolarité Copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation
■ jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel votre enfant atteint son 18 ^e ou 26 ^e anniversaire	Attestation carte Vitale Copie du dernier avis d'imposition
■ s'il est étudiant, jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle il atteint son 26 ^e anniversaire	Copie du certificat de scolarité
■ sans limite d'âge s'il est reconnu avant l'âge de son 26 ^e anniversaire handicapé ou en état d'incapacité de travail. L'état d'incapacité est celui qui entraîne une impossibilité physique temporaire ou permanente et consécutive à une maladie ou à un accident, l'empêchant de se procurer des revenus par l'exercice d'une profession quelconque.	Copie de la carte d'invalidité ou copie de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » Copie du dernier avis d'imposition
■ L'enfant remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre duquel vous versez une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.	Copie de votre dernier avis d'imposition

Ayez les bons réflexes

Pour procéder à votre affiliation

Votre bulletin d'adhésion doit être accompagné de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de base obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.

Vous devez également nous faire parvenir un relevé d'identité bancaire pour le virement de vos remboursements.

Notre organisme se réserve le droit de vous demander toutes autres pièces justificatives. À défaut, les garanties sont suspendues.

Vous vous engagez à nous informer de toute modification de situation ne leur permettant plus d'avoir la qualité de bénéficiaire.

Pour inscrire vos bénéficiaires

Votre ayant droit va bénéficier des mêmes prestations que vous. Certains documents nous sont donc nécessaires pour l'affilier.

Vous devez nous adresser :

- pour votre **conjoint** : une copie du livret de famille et/ou une copie du certificat de mariage ;

- pour votre **partenaire lié par un PACS** : une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte civil de solidarité ;
- pour votre **concubin** : une attestation sur l'honneur de concubinage signée par les 2 concubins et un justificatif de domicile commun (par exemple, facture d'électricité, bail commun, attestation d'assurance...) ;
- pour vos **ascendants** : une copie de l'avis d'imposition, ainsi que tout justificatif de domicile au nom de la personne à charge (facture...) ou à défaut une attestation sur l'honneur de domiciliation établie sur papier libre, signée par vous-même et la personne à charge ;
- pour votre **enfant à charge** : reportez vous au tableau des justificatifs des enfants à charge couverts.

CONSEIL PRATIQUE

Comment demander une copie de votre attestation Vitale ?

Sur simple appel à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, vous recevrez votre attestation à jour sous quelques jours. Vous pouvez également vous déplacer à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (obtention immédiate à la borne) ou vous connecter sur ameli.fr pour télécharger votre attestation depuis votre espace personnel.

Téléphone : 3646 (prix d'un appel local depuis un poste fixe)



Pour mieux se comprendre



Actes hors nomenclature

Actes non reconnus par la Sécurité sociale et non inscrits aux nomenclatures.

Base de Remboursement (BR)

Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale. Les montants correspondant aux différents actes sont disponibles sur le site **ameli.fr**.

Bénéficiaire

L'assuré et, le cas échéant, ses ayants droit dans les conditions définies dans la présente notice.

Contrat responsable

Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

Contrat solidaire

Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

Cure thermique

Frais de cure thermique (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement), acceptés par la Sécurité sociale.

Hospitalisation

- Hospitalisation chirurgicale : frais chirurgicaux proprement dits.
- Hospitalisation médicale : pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale.
- Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :
 - Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et Prestations facturables et spécialités pharmaceutiques). La prise en charge commence au premier jour d'hospitalisation.
 - Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.
 - Frais de chambre particulière.
 - Forfait hospitalier.
 - Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant affilié **de moins de 12 ans**. Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant, facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».

Hospitalisation à domicile : hospitalisation prise en charge au titre de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) par la Sécurité sociale.

Limitation pour l'hospitalisation médicale

En cas d'hospitalisation médicale, les frais de chambre particulière, les frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans bénéficiaire du contrat **sont limités à 365 jours ou à 180 jours en cas de séjour en psychiatrie.**

L'assuré ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une **interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours continus** et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

Médecine additionnelle

Prise en charge des actes indiqués dans le tableau des garanties. Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'État, inscrits au registre préfectoral et exerçant en France.

Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

Nomenclature

Désigne aussi bien la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), que la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et que la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

OPTAM/OPTAM-CO

La nouvelle convention médicale publiée au Journal Officiel, du 23 octobre 2016, remplace l'ancien « Contrat d'Accès aux soins » par « l'OPTAM » (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée) et « OPTAM-CO » (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique).

L'OPTAM/OPTAM-CO est un contrat signé entre la Sécurité sociale et les médecins libéraux autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires.

Ce dispositif engage les médecins signataires à ne pas augmenter leurs honoraires libres et à facturer une partie de leurs consultations à hauteur de la Base de Remboursement (BR).

Les contrats responsables imposent une garantie différenciée selon que le médecin a signé ou non l'OPTAM/OPTAM-CO.

Depuis le 1^{er} mai 2017, la consultation chez un médecin généraliste signataire est ainsi remboursée sur la base de 25 €, contre 23 € pour les non-signataires, d'où l'intérêt pour les patients de vérifier la situation de leur médecin avant toute consultation.

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

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Plafond servant de base à la Sécurité sociale pour le calcul de ses cotisations et de ses prestations.

Valeur indicative mensuelle **au 1^{er} janvier 2021 : 3 428 €.**

Vous pourrez retrouver cette valeur actualisée sur notre site internet.

Sécurité sociale

Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

Tarif d'autorité

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

Tarif forfaitaire de responsabilité

Base de remboursement de la Sécurité sociale pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Ticket Modérateur (TM)

Partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale. Il est égal à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le Montant Remboursé (MR) par celle-ci.

Vos garanties



Exclusions

Ne donnent pas lieu aux garanties et n'entraînent aucun paiement à la charge de notre organisme :

- **les interventions de chirurgie esthétique ou de rajeunissement. Ne sont pas visées par cette exclusion, les interventions de chirurgie plastique liées à une maladie ou à un accident sous réserve qu'elles soient prises en charge par la Sécurité sociale et pour lesquelles le médecin conseil de notre organisme a rendu un avis favorable ;**
- **les interventions de chirurgie liées à une transformation sexuelle ;**
- **les interventions chirurgicales résultant de blessures ou de lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements, dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur.**

Seuls les frais de transport terrestre acceptés par la Sécurité sociale sont pris en charge par l'Institution, qui, dans la limite d'une puissance fiscale de 7 CV, complète à hauteur du niveau de garantie prévu au présent contrat le montant remboursé par la Sécurité sociale.

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

Le fait que notre organisme ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

Contrat solidaire et responsable

Votre contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « Contrat Solidaire » et de « Contrat Responsable ». Il respecte les conditions posées à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et aux textes d'application de celui-ci.

Il satisfait aux dispositions de l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale. Les garanties telles qu'elles sont définies dans la présente notice d'information ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires relatives aux contrats « responsables » en vigueur au jour de la signature du contrat.

En cas de contradiction entre ces règles et celles prévues par le contrat, les règles du contrat responsable prévaudront.

Le contrat est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « Contrat Responsable » ou au « Contrat Solidaire ».

Ne sont pas pris en charge :

- **Conformément à l'article L.160-13 II du Code de la sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile.**

- Conformément à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L.160-8 du Code de la sécurité sociale).
- Conformément à l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.
- La majoration de la participation supportée par le Bénéficiaire et les ayants-droit sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L.1111-15 du Code de la santé publique (accès au dossier Médical Personnel).
- Les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le salarié et ses ayants droit consultent sans prescription du médecin traitant.
- Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
- Le plafonnement des remboursements pour les consultations des médecins de secteur 2 non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO. La prise en charge n'est pas plafonnée par le décret pour les médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO.

Pour aller plus loin sur vos garanties

Pour l'hospitalisation médicale et chirurgicale, le système de prise en charge permet à l'assuré et à ses bénéficiaires de ne pas avoir à faire l'avance des frais engagés en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale lors d'une admission :

- en service public des hôpitaux,
- dans une clinique conventionnée.

Toutefois, ne sont pas pris en charge :

- le supplément pour chambre particulière et lit d'accompagnement au-delà des limites indiquées dans le tableau des prestations ;
- les dépenses personnelles (téléphone, télévision...) ;
- les frais d'hébergement en maisons de repos, de convalescence ou de soins de suite non remboursés par la Sécurité sociale.

Pour l'optique, la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et une monture par période de 2 ans. Le renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur à 24 mois ne pourra donner lieu à une prise en charge. Par dérogation, cette période est réduite à 1 an pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur 24 mois glissants (ou 12 mois glissants) et ce, à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Lorsque le bénéficiaire effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux

temps (d'une part la monture et d'autre part les verres) celle-ci débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique et s'achève 2 ans après.

Les actes de prévention sont pris en charge par votre contrat au titre de chaque poste concerné par ces actes.

Parcours de soins coordonnés

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

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

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

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

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

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

C'est également le cas de certains actes pour :

- les gynécologues médicaux et obstétriciens ;
- les ophtalmologues.

Étendue des garanties

Les garanties jouent pour les frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à remboursement par la Sécurité sociale au titre de l'Assurance maladie. Elles jouent également pour certains actes ou risques non pris en charge par la Sécurité sociale exclusivement lorsque ceux-ci sont nommément définis dans le tableau des prestations.

Le montant des prestations s'entend sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et, le cas échéant, par tout autre organisme.

Les suppléments d'honoraires demandés par certains praticiens ne sont remboursés par notre organisme qu'à la condition qu'ils soient autorisés et déclarés à la Sécurité sociale, et dans les limites indiquées dans le tableau des prestations.

Les prestations versées au titre du présent régime à un assuré pour lui-même ou pour ses ayants droit sont, dans tous les cas, **limitées pour chaque acte aux frais réels**

restant à charge après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, d'une mutuelle ou d'un autre régime de prévoyance.

- Pour les garanties exprimées en pourcentage du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale), le montant du plafond retenu est celui en vigueur au 1^{er} janvier de l'année de l'événement.
- Notre organisme prend en considération, pour le calcul de ses prestations, les frais réels qui ont été portés à la connaissance de la Sécurité sociale et qui figurent sur un décompte émis par cet organisme.
- **Le remboursement au titre de l'optique est limité à une paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les deux ans et par bénéficiaire. Le remboursement d'une deuxième paire de lunettes, durant cette période, doit faire l'objet d'un accord préalable de notre organisme.**
- Les frais de santé liés à la maternité et à la naissance sont pris en charge par notre organisme au titre des frais

médicaux et chirurgicaux (y compris les frais de chambre particulière) dans les conditions définies dans le tableau des prestations.

- Les prestations ne sont versées que pour les frais engagés au titre d'accidents ou maladies, postérieurement à l'affiliation et pendant la durée de l'affiliation et sur présentation des justificatifs énoncés dans la notice d'information.
- La date retenue est celle à laquelle les soins ont été exécutés ou prescrits, figurant sur le décompte émis par la Sécurité sociale (date d'émission de la facture pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale).

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

TABLEAU DES GARANTIES

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :	
HOSPITALISATION, y compris maternité ⁽¹⁾ en établissement conventionné ou non ⁽²⁾	
Frais de séjour	
■ En établissement conventionné	480 % BR
■ En établissement non conventionné ⁽²⁾	480 % BR
Honoraires	
■ Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	480 % BR
■ Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽³⁾ (non remboursé par la Sécurité sociale)	100 % DE sans limitation de durée
Participation forfaitaire sur les actes techniques (y compris soins courants)	100 % de la participation forfaitaire
Chambre particulière (non remboursée par la Sécurité sociale)	
■ Par nuitée	3,50 % PMSS
Lit d'accompagnant (non remboursée par la Sécurité sociale)	
■ Bénéficiaire dont l'âge est < à 12 ans - par nuitée	1,70 % PMSS
DENTAIRE (Après d'un professionnel)	
Soins et prothèses 100 % santé**	Sans reste à payer ⁽¹²⁾
Soins	
■ Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire remboursés par la Sécurité sociale	95 % FR pour la partie de la dépense inférieure ou égale à 400 % BR
■ Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	75 % FR pour la partie de la dépense comprise entre 401 et 750 % BR ⁽⁵⁾
■ Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	60 % FR dans la limite de 25 % PMSS/acte ⁽¹⁴⁾
Prothèses autres que 100 % santé	
■ Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale à tarif maîtrisé	95 % FR pour la partie de la dépense inférieure ou égale à 400 % BR
■ Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale à tarif libre	75 % FR pour la partie de la dépense comprise entre 401 et 750 % BR ⁽⁶⁾ dans la limite des honoraires limites de facturation
■ Prothèses dentaires à tarif maîtrisé remboursées par la Sécurité sociale	95 % FR pour la partie de la dépense inférieure ou égale à 400 % BR
- Couronnes, bridges et inter de bridges	75 % FR pour la partie de la dépense comprise entre 401 et 750 % BR ⁽⁶⁾
- Couronnes sur implant	Avec un remboursement minimum de :
- Prothèses dentaires amovibles	- 400 € par couronne ou couronne sur implant
- Réparations sur prothèses	- 1 200 € par bridge 3 éléments
- Inlay-core	- 100 € par dent pour les prothèses dentaires amovibles
- Prothèses dentaires provisoires	- 100 € par inter de bridge supplémentaire dans la limite des honoraires limites de facturation

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :	
■ Prothèses dentaires à tarif libre remboursées par la Sécurité sociale - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlay-core - Prothèses dentaires provisoires	95 % FR pour la partie de la dépense inférieure ou égale à 400 % BR 75 % FR pour la partie de la dépense comprise entre 401 et 750 % BR ⁽⁴⁾ Avec un remboursement minimum de : - 400 € par couronne ou couronne sur implant - 1 200 € par bridge 3 éléments - 100 € par dent pour les prothèses dentaires amovibles - 100 € par inter de bridge supplémentaire
■ Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale - Couronnes - Bridges et Inter de bridges - Prothèses dentaires provisoires Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	95 % FR pour la partie de la dépense inférieure ou égale à 430 € 75 % FR pour la partie de la dépense comprise entre 430 et 810 € 95 % FR pour la partie de la dépense inférieure ou égale à 1 120 € 75 % FR pour la partie de la dépense comprise entre 1 120 et 2 100 € 95 % FR pour la partie de la dépense inférieure ou égale à 60 € 75 % FR pour la partie de la dépense comprise entre 60 et 110 €
Implantologie ■ Par Implant ■ Par Pilier implantaire	80 % FR dans la limite de 25 % PMSS ⁽¹⁴⁾ 80 % FR dans la limite de 10 % PMSS ⁽¹⁴⁾
Orthodontie ⁽⁷⁾ ■ Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire ■ Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	95 % FR pour la partie de la dépense inférieure ou égale à 400 % BR 75 % FR pour la partie de la dépense comprise entre 401 et 750 % BR ⁽⁴⁾ 60 % FR dans la limite de 25 % PMSS/semestre ⁽¹⁴⁾
OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	
Équipement 100 % santé** (classe A) ■ Y compris l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien*****	Sans reste à payer ⁽¹³⁾
Équipement autre que 100 % santé (classe B) ■ Monture ■ Verres ■ Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien****	Monture 100 € voir grille optique Santéclair 100 % BR
Lentille ■ Lentilles prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale, y compris jetables (y compris les produits d'entretien)	250 € par an puis Ticket modérateur
Supplément optique divers pris en charge par la Sécurité sociale	100 % FR dans le réseau Santéclair ⁽⁹⁾ 150 % BR en dehors du réseau Santéclair ⁽⁹⁾
Chirurgie optique réfractive ■ Par œil	60 % FR limité à 600 €
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	
Équipement 100 % santé** (classe I***) ■ Renouvellement par appareil tous les 4 ans par aide auditive	100 % des Frais réels dans la limite des PLV - pour l'enfant (jusqu'à 20 ans inclus) : 1 400 € - pour l'adulte : 950 €
Équipement autre que 100 % santé (classe II***) ■ Dans le réseau Santéclair ⁽⁹⁾ ■ Hors réseau Santéclair ⁽⁹⁾*****	100 % FR 100 % FR dans la limite de 1 300 €
Accessoires et fournitures	100 % BR
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	
HONORAIRES MÉDICAUX	
Consultation / visite	
Médecin généraliste ■ Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* ■ Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	220 % BR 200 % BR
Médecin spécialiste ■ Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* ■ Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	420 % BR 200 % BR
Actes techniques médicaux ■ Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* ■ Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	420 % BR 200 % BR
Actes d'imagerie médicale ■ Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* ■ Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	470 % BR 200 % BR
Honoraires paramédicaux	460 % BR
Analyses et examens de laboratoire	460 % BR
Radios non remboursées par la Sécurité sociale (ostéodensitométrie, scanner dentaire...) - Par an et par bénéficiaire	50 € par prestation (dans la limite de 200 €)

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :	
Analyses non remboursées par la Sécurité sociale – Par an et par bénéficiaire	50 % FR et dans la limite de 90 €
Matériel médical	
■ Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	460 % BR
Frais de transport sanitaire	
■ Ambulance, taxi conventionné	465 % BR
Cures thermales (à l'exception des frais de voyage)	
■ Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale pour l'ensemble des frais par an et par bénéficiaire	90 % FR dans la limite de 140 % BR + 5 % PMSS
■ Forfait cure thermale non remboursée par la Sécurité sociale	7,40 % PMSS/an/bénéficiaire
Médicaments	
■ Remboursés à 65 %	100 % BR
■ Remboursés à 30 %	100 % BR
■ Remboursés à 15 %	100 % BR
■ Sevrage tabagique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale – par an et par bénéficiaire	120 €
■ Contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale – par an et par bénéficiaire	60 % FR dans la limite de 60 €
MÉDECINE ADDITIONNELLE ET DE PRÉVENTION	
Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel – Non remboursée par la Sécurité sociale	
■ Acupuncteur ⁽¹⁵⁾ , chiropracteur, méthode Mézières, ostéopathe, par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 4 séances par an	40 €
■ Psychologue, psychomotricien, psychothérapeute pour les adultes par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 300 € par an	30 €
■ Psychologue, psychomotricien, psychothérapeute pour les enfants par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 600 € par an	30 €

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR – MR** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement 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. **PLV** = Prix Limite de Vente.

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

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

*** Il est précisé que les aides auditives sont classées en deux groupes « Classe I » et « Classe II » selon leurs caractéristiques techniques. La classification dépend de la présence et du nombre d'options. Classe I : Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A. Classe II : Une aide auditive est de classe II dès lors qu'elle comporte au moins six options de la liste A et au moins une option de la liste B.

■ Liste A :

- système anti-acouphène
- batterie rechargeable, permettant la charge de l'aide auditive sur un socle branché sur secteur
- connectivité sans fil permettant un échange de données avec des dispositifs de communication sans fil (fonction télécommande et/ou Bluetooth)
- réducteur de bruit du vent qui permet une atténuation des basses fréquences générées par les turbulences à l'entrée du ou des microphones
- synchronisation binaurale, permettant de synchroniser les traitements du son entre l'oreille droite et gauche le cas échéant
- directivité microphonique adaptative (le nul de captation induit par la directivité en fonction de la localisation de la source de bruit s'adapte automatiquement en fonction de l'azimut de la source)
- bande passante élargie ≥ 6 000 Hz permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences de 0 à 6 000 Hz (équivalent à une fréquence d'échantillonnage du convertisseur de 16 kHz)

■ Liste B :

- borne haute de la bande passante élargie ≥ 10 000 Hz permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences de 0 à 10 000 Hz
- nombre de canaux de réglage ≥ 20
- réducteur de bruit impulsif permet d'augmenter le confort d'écoute du patient en réduisant les bruits de durée inférieure à 300 ms

**** 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) En établissement non conventionné, la prise charge est au minimum au ticket modérateur.
- (3) 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.
- (5) Le remboursement total est au minimum de 100 % de la BR.
- (6) Le remboursement total est au minimum de 125 % de la BR.
- (7) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
- (9) Les prestations dans le réseau 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.
- (12) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.
- (13) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.
- (14) Le cumul de remboursement de l'ensemble de ces postes est limité à 100 % PMSS/an/bénéficiaire. En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.
- (15) Les soins d'acupuncture ne sont pris en charge que s'ils ont été dispensés par un médecin conventionné.

	Niveau de défaut visuel	DANS LE RÉSEAU Santéclair* sur le catalogue de tous les verres des 4 verriers de marque sélectionnés par Santéclair ESSILOR-ZEISS-NIKON-OPTISWISS	HORS RÉSEAU SANTECLAIR garantie par verre (RO inclus)	
			ADULTES	ENFANTS
Verre UNIFOCALE Classe B	NIVEAU 101 - VERRE SIMPLE	<div>0 €</div> de reste à charge sur tous les verres et traitements	75 €	60 €
	NIVEAU 102 - VERRE SIMPLE		110 €	90 €
	NIVEAU 103 - VERRE COMPLEXE		130 €	110 €
	NIVEAU 104 - VERRE COMPLEXE		220 €	200 €
Verre MULTIFOCALE Classe B	NIVEAU 111 - VERRE COMPLEXE		170 €	200 €
	NIVEAU 112 - VERRE COMPLEXE		220 €	200 €
	NIVEAU 113 - VERRE TRÈS COMPLEXE		260 €	200 €
	NIVEAU 114 - VERRE TRÈS COMPLEXE		320 €	200 €

	La classe A dans le réseau Santéclair	La classe A hors réseau
Prise en charge intégrale de l'équipement 100 % santé (classe A) 2 verres + 1 monture (dont 30 € max pour la monture)	Équipement avec monture Origine France Garantie (choix de 80 montures) et 2 verres de marques amincis (selon le besoin de correction visuelle) anti-rayures et anti-reflets disponible chez tous les opticiens partenaire Santéclair	Équipement au choix de l'opticien (choix de 54 montures)

* Dans la limite des plannings prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret 2019-65 du 31 janvier 2019) et des plafonds prévus par le contrat responsable (décret 2019-21 du 11 janvier 2019), en fonction des corrections visuelles.

Limites de consommation :

- Adulte à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans (sauf dérogation)
- Enfant : 1 équipement par an, ramené à 6 mois pour les enfants de 0 à 6 ans sous conditions

CORRESPONDANCE DES NIVEAUX DE DÉFAUTS VISUELS 2021

	Puissance	Niveau Santéclair	Correspondance niveau ANI et contrat responsable
Verres UNIFOCAUX Adulte & Enfant	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	NIVEAU 101	SIMPLE
	Sphère de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2	NIVEAU 102	
	Sphère de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4		
	Sphère de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 6		
	Sphère de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6	NIVEAU 103	COMPLEXE
	Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4		
	Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25		
	Sphère de 0 à +8 et S+C > 6		
Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre	NIVEAU 104		
Verres MULTIFOCAUX Adulte & Enfant	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	NIVEAU 111	COMPLEXE
	Sphère de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2	NIVEAU 112*	
	Sphère de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4		
	Sphère de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 8		
	Sphère de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et S+C ≤ 8	NIVEAU 113	TRÈS COMPLEXE
	Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25		
	Sphère de 0 à +8 et S+C > 8		
	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre	NIVEAU 114	

Les plages de sphères de ± 4,25 à ± 8 avec cylindre = 0 et cylindres de 4,25 à 8 avec sphère = 0 sont des verres très complexes considérés comme complexes dans les remboursements.

Zoom sur le 100 % santé

Votre contrat a été modifié par la réforme dite « 100 % santé ». Elle a pour objectif de vous proposer, en plus de vos garanties actuelles, des offres sur une sélection de lunettes, d'aides auditives et de prothèses dentaires sans reste à charge.

On vous éclaire pour vous permettre de comprendre les différents choix qui s'offrent à vous.

Optique

Depuis le 1^{er} janvier 2020, lorsque vous allez chez votre opticien, vous avez le choix parmi deux types d'équipements *.

1 - Panier 100 % SANTÉ

aussi appelé « Classe A ». Il est sans reste à charge. Vous pouvez choisir entre plusieurs montures au tarif maximum de 30 € et de verres prédéfinis traitant l'ensemble des troubles visuels.

2 - Panier TARIFS LIBRES

également appelé « Classe B ». Rien ne change. Il est remboursé sur le tarif de base de l'Assurance maladie et dans la limite de votre contrat. Seul le remboursement de la monture est désormais plafonné à 100 €.

Vous avez la possibilité de les mixer en optant pour une monture de votre choix et des verres « 100 % santé » ou inversement.

ATTENTION

Le renouvellement de l'équipement s'effectue :

- tous les 2 ans pour les plus de 16 ans, sauf en cas de changement de vue et selon des conditions spécifiques et hors situations médicales particulières,
- tous les ans pour les moins de 16 ans. Ce délai est réduit à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

Le renouvellement des verres est sans délai lorsque les conditions spécifiques sont remplies. (cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 12/12/2018 ou sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière).

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

Comparez ainsi votre devis à une offre « 100 % santé » pour faire un choix éclairé.

Utilisez également notre réseau de soins pour profiter d'un accès à des soins et des équipements de qualité.

Dentaire

Les évolutions prennent effet en deux temps : depuis le 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.

Vous avez le choix parmi 3 paniers de soins.

1 - Panier 100 % SANTÉ

avec aucun reste à charge.

2 - Panier TARIFS MAÎTRISÉS

avec des honoraires plafonnés et un remboursement selon votre contrat, avec un éventuel reste à charge.

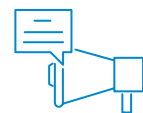
3 - Panier TARIFS LIBRES

permet de choisir librement les techniques et matériaux remboursés selon votre contrat avec un éventuel reste à charge.

À SAVOIR

Depuis le 1^{er} janvier 2020, une sélection de couronnes, inlays core et bridges est proposée dans des matériaux prédéfinis en fonction de la localisation de la dent à soigner (visible ou non visible).

Au 1^{er} janvier 2021, ce sont les prothèses amovibles en résine qui viendront compléter les prothèses dentaires « 100 % santé ».



Audio

Conformément à la réglementation, vous pourrez bénéficier du « 100 % santé » audio à compter du 1^{er} janvier 2021.

1 - Panier 100 % SANTÉ (CLASSE I)

sans reste à charge, cet équipement sera remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente.

2 - Panier TARIFS LIBRES (CLASSE II)

dont l'équipement sera remboursé selon les conditions fixées dans vos garanties.

ATTENTION

Le renouvellement d'une aide auditive sera possible tous les 4 ans.

Les remboursements de soins à l'étranger

Les garanties sont acquises aux assurés exerçant leur 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.

Les soins effectués à l'étranger peuvent être remboursés à la condition d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale.

Les expatriés ne sont pas couverts



Demandes de prestations

Les assurés et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations du contrat, de fournir à notre organisme les déclarations et pièces justificatives demandées.

Notre organisme se réserve le droit de demander à l'assuré ou aux bénéficiaire toute autre pièce justificative.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

Les demandes de prestations Frais de santé accompagnées des documents justificatifs doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être produites à notre organisme dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de Sécurité sociale (ou des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale) sauf cas de force majeure, fortuit ou si notre organisme ne subit pas de préjudice du fait de la déclaration tardive de l'assuré ou du bénéficiaire.

A défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription mentionnée ci-après.

En cas de déclaration frauduleuse, notre organisme n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Nous prendrons en compte la date d'exécution de l'acte et non celle de l'ordonnance, de la prescription ou de la demande de prise en charge Sécurité sociale.

L'absence de déclaration ou le retard de déclaration préjudiciable à notre organisme entraîne la déchéance de la garantie.

Il appartient aux bénéficiaires de nous informer de toute modification de ses coordonnées bancaires, notamment en cas de modification de la situation de famille (instance de divorce, procédure en cours de rupture du PACS ou de séparation des concubins, succession).

Justificatifs originaux à fournir

Les justificatifs sont précisés dans le tableau ci-après.

- Avec télétransmission NOÉMIE : il n'est pas nécessaire d'adresser l'original du bordereau de remboursement de la Sécurité sociale qui comporte alors un message tel que : « Ce décompte a été transmis à Malakoff Humanis ». Cependant, pour certains actes, les images de décomptes n'apportent pas l'ensemble des informations nécessaires pour effectuer les remboursements dus.
- Sans télétransmission NOÉMIE : adresser obligatoirement l'original du bordereau de remboursement de la Sécurité sociale. En cas de remboursement préalable d'une mutuelle et d'un autre organisme : adresser l'original du décompte de cette mutuelle ou de cet organisme et copie du bordereau de la Sécurité sociale.

Frais remboursés par la Sécurité sociale	Avec télétransmission NOÉMIE	Sans télétransmission NOÉMIE
Hospitalisation En hôpital public	S'il n'y a pas eu de prise en charge préalable , avis des sommes à payer et attestation de paiement	
En clinique conventionnée	Bordereau de facturation destiné à l'assuré délivré par la clinique, acquittée et signée des praticiens et notes d'honoraires des praticiens en cas de dépassement	
En clinique non conventionnée	Facture détaillée et acquittée	Facture détaillée et acquittée et bordereau de remboursement de la Sécurité sociale
Transport	Copie de la facture en cas de dépassement	Bordereau de remboursement de la Sécurité sociale et copie de la facture en cas de dépassement
Maladie Consultations, visites, pharmacie, analyses laboratoires K (petite chirurgie), radiologie, soins par auxiliaires médicaux	Néant	Bordereau de remboursement de la Sécurité sociale
Orthopédie, petit appareillage	Facture détaillée et acquittée	Facture détaillée et acquittée et bordereau de remboursement de la Sécurité sociale
Prothèses auditives	Facture détaillée et acquittée	Facture détaillée et acquittée et bordereau de remboursement de la Sécurité sociale
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal et facture détaillée et acquittée des frais d'hébergement	Facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal et facture détaillée et acquittée des frais d'hébergement et bordereau de remboursement de la Sécurité sociale
Soins dentaires, orthodontie	Facture détaillée et acquittée (donnant le descriptif des travaux et le numéro des dents traitées)	Facture détaillée et acquittée (donnant le descriptif des travaux et le numéro des dents traitées) et bordereau de remboursement de la Sécurité sociale
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée du dentiste précisant : - la nature des travaux effectués - le numéro des dents concernées - le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués	Facture détaillée et acquittée du dentiste précisant : - la nature des travaux effectués - le numéro des dents concernées - le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués et bordereau de remboursement de la Sécurité sociale
Optique	Prescription médicale et facture détaillée et acquittée. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, l'assuré doit fournir une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Il doit également transmettre à l'institution la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent	Prescription médicale et facture détaillée et acquittée et bordereau de remboursement de la Sécurité sociale. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, l'assuré doit fournir une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Il doit également transmettre à l'institution la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent

Frais non remboursés par la Sécurité sociale	
Prothèses dentaires Implants et parodontologie	Facture détaillée et acquittée du dentiste précisant : - la nature des travaux effectués - le numéro des dents concernées - le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	Facture acquittée indiquant la date de début et de fin du semestre de traitement. Attention, notre participation sur les frais d'orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale n'intervient qu'au terme de chaque semestre de traitement
Lentilles	Prescription médicale et facture détaillée et acquittée
Chirurgie laser optique	Facture détaillée et acquittée
Cures thermales	Prescription médicale et facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal et facture détaillée et acquittée des frais d'hébergement et lettre de refus de la Sécurité sociale
Ticket modérateur	Original du ticket modérateur
Méthode Mézières – Ostéopathie – Chiropractie – Acupuncture – Psychomotricité – Psychothérapie – Psychologie – Actes médicaux hors nomenclature – Radios non remboursées par la Sécurité sociale (ostéodensitométrie, scanner dentaire...) – Analyses non remboursées par la Sécurité sociale – Pharmacie prescrite et non remboursée (Patches et traitements anti-tabac, Pilule contraceptive prescrite médicalement)	Prescription médicale ordonnant le traitement Original de la facture détaillée et acquittée sur laquelle figurent les coordonnées complètes du praticien ayant les diplômes requis pour dispenser les soins prescrits, ainsi que la date, la nature et la personne bénéficiaire des soins. L'institution se réserve le droit, le cas échéant, de vérifier le diplôme du praticien ou le montant de sa facture.

Formalités générales

Adresse pour l'envoi des dossiers :

Malakoff Humanis
Service Prestations Santé
21 rue Roger Salengro
94132 Fontenay-sous-Bois

Les prestations frais de santé sont versées directement et exclusivement sur le compte bancaire du ou des bénéficiaires et le décompte correspondant adressé au domicile.

Vous devez impérativement signaler à notre organisme vos changements d'adresse, de Caisse Primaire d'Assurance Maladie et/ou de compte bancaire.

Justificatifs et contrôle

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

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

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

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

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

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

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

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

Les services liés à votre contrat



Le tiers payant généralisé

Notre organisme met à votre disposition et celle de vos bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers payant) **sur l'ensemble de vos garanties faisant l'objet d'un tarif de responsabilité** (dans le réseau ou hors réseau Santéclair).

L'utilisation du tiers payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur votre carte de tiers payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité.

Vous et vos ayants droit devez donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Si vous ou vos ayants droit n'utilisez pas votre carte de tiers payant ou vous vous voyez refuser ce service par le professionnel de santé vous devez demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par notre organisme.

Votre carte de tiers payant est éditée chaque année pour chaque bénéficiaire du régime immatriculé sous son propre numéro de Sécurité sociale (et non par famille). Elle est adressée directement à votre domicile.

Le tiers payant iSanté

Vous pouvez bénéficier du tiers payant iSanté pour les garanties suivantes :

- la pharmacie ;
- les laboratoires d'analyses médicales et de radiologie, les auxiliaires médicaux, les sages femmes et les fournisseurs (hors optique et auditif) ;
- les médecins généralistes et spécialistes ;
- les centres de soins et soins externes (hors prothèse dentaire) ;
- les transporteurs ;

sous réserve d'acceptation du professionnel de santé.

Vous devez obligatoirement restituer l'attestation de tiers payant, lors de votre départ de l'entreprise.

ESPACE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

0 800 801 243

Organisme complémentaire : MALAKOFF HUMANIS

Protections Santé

121 rue Roger Salengro

94132 FONTENAY SOUS BOIS cedex

Téléphone : 0 969 32 80 20

Site web : www.malakoffhumanis.com

Remarque : Pour les adresses électroniques, de préférence, contactez nos adresses dédiées aux professionnels de santé.

COORDINATION

PHARM : Pharmacie, parapharmacie

MEDIC : Médecins généralistes et spécialistes

SVL : Laboratoire d'analyses médicales

CSSE : Radiologie, Anatomie, Maladies, Sages Femmes et Fournisseurs (hors optique et auditif)

TRAN : Centre de soins et soins externes (hors prothèse dentaire)

OPTI : Optique

AUDI : Audioprothèse

DENT : Dentiste

POC : Prise en charge

POUR NOUS CONTACTER

0 969 32 80 20

Espace Client Sécurisé sur malakoffhumanis.com

MALAKOFF HUMANIS

21 rue Roger Salengro

94132 Fontenay sous Bois cedex

Par mail : Espace Client sur malakoffhumanis.com

Par fax : 01 47 61 21 04

Par courrier : SANTÉCLAIR

7 mail Pablo Picasso

44046 NANTES cedex 1

CONSULTEZ VOTRE ESPACE CLIENT

malakoffhumanis.com

Ma carte Tiers payant santé

malakoff humanis

Détail des prestations en tiers payant.

Adresse pour accéder à vos services en ligne.

Informations réservées aux professionnels de santé.

Pour nous contacter.

iSanté

MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Éditeur le : 25/03/2020

Télétransmission : 00233611

N° Adhérent : 00800020

N° AMC : 00800020

Type Contr. : Voir colonne

CSN : 007

Données client (à compléter par le client)

Nom Prénom	PHAR	SVL	CSSE	TRAN	OPTI	AUDI	DENT	POC
Date de naissance - Rang - N° S.S. - C.N.	10	10	10	10	10	10	10	10
	100	100	100	100	100	100	100	100

Grâce à ce logo sur votre carte de tiers payant, vous pouvez bénéficier des avantages Santéclair.

Détail des prestations ouvrant droit au tiers payant (les autres garanties apparaissent dans votre tableau des garanties).

Période de validité. Dès réception d'une nouvelle carte, détruisez la précédente, elle n'est plus valable.

Votre numéro d'adhérent pour vous connecter à vos services en ligne.

Les services

Avec Santéclair, vous bénéficiez des services d'un vrai repère santé pour vous donner accès à des soins et des équipements de qualité à des tarifs négociés. Si vous vous rendez chez un professionnel de santé partenaire de Santéclair, vous bénéficiez de nombreux avantages dont le tiers-payant en optique, dentaire et audioprothèse vous permettant de ne pas faire l'avance des frais sur la part complémentaire.

Si vous vous rendez chez un professionnel non partenaire, Santéclair vous propose d'analyser votre devis (optique, dentaire, audition ou hospitalisation) afin de connaître votre reste à charge et vérifier que votre dépense de santé est adaptée à votre besoin.

En optique

- Des tarifs négociés sur les verres de 4 grandes marques (Essilor, Nikon, Optiswiss et Zeiss) auprès des opticiens partenaires (en panier libre).
- Jusqu'à - 20 % de remise sur les montures du panier libre⁽¹⁾.
- Une garantie casse sans franchise valable 2 ans⁽²⁾.
- Une garantie « satisfait ou échangé » sur les montures et verres du panier libre⁽³⁾.
-  L'équipement de classe A – « Panier 100 % santé », une solution tout compris avec des verres de 4 grandes marques, antireflets et traités contre les rayures. Un choix parmi une collection exclusive de 80 montures design de marque française, Noce, éco-responsables, labellisées « Origine France Garantie » (30 € maximum sur la monture).

En dentaire

- Des tarifs négociés pour les actes les plus fréquents à prix libres (prothèse/orthodontie).
- La garantie du respect des Honoraires Limites de Facturation par les partenaires.
- Jusqu'à - 40 % par rapport aux prix médians du marché⁽⁴⁾ sur tous les actes d'implantologie.
- Un certificat de traçabilité indiquant l'origine de l'implant, du pilier et de la prothèse remis sur demande.

En audioprothèse

- Tarifs négociés sur l'intégralité des gammes d'appareils auditifs⁽⁵⁾ récents commercialisés en France en classe 1 (panier « 100 % santé ») et en classe 2 (panier libre).
- Période d'essai⁽⁶⁾ de 30 jours.
- Garantie panne⁽⁷⁾ de 4 ans incluse, avec votre appareil auditif, valable pour les classes 1 et 2.
- - 20 % de remise sur les piles.
- Un suivi illimité de votre appareillage pendant toute la durée de vie de l'appareil auditif⁽⁸⁾.

Retrouvez tous les services et avantages auxquels vous avez le droit en vous connectant à .

Pour connaître les coordonnées d'opticiens, de dentistes et d'audioprothésistes partenaires de Santéclair, appelez le :

 **N°Cristal 0 969 39 01 12**
APPEL NON SURTAXE

(accessible du lundi au vendredi de 9 h à 19 h 30 et le samedi de 9 h à 17 h) ou connectez-vous sur votre Espace client, sécurisé, sur le site www.malakoffhumanis.com.

Si votre opticien, dentiste ou audioprothésiste habituel ne fait pas partie du réseau Santéclair, vous avez également la possibilité de recourir à un service complet d'analyse technique et tarifaire de devis, effectué par Santéclair. Cela vous permet de savoir si la prestation proposée par votre praticien habituel est adaptée à votre besoin médical et surtout si elle correspond au tarif habituellement pratiqué dans votre région.

Dans ce cas, demandez un devis à votre praticien, communiquez le devis à Santéclair par :

- Courrier : Santéclair - 7 mail Pablo Picasso - 44046 Nantes Cedex 1
- Mail : devis@santeclair.fr

en indiquant bien sur votre document votre numéro Adhérent (il figure sur votre carte de tiers payant).

Un conseiller vous donnera un avis dans un délai de 72 h.

(1) Montures d'une valeur supérieure à 30 € et allant jusqu'à 100 € : une remise de 10 % est effectuée sur le prix affiché. Montures d'une valeur supérieure à 100 € : une remise de 20 % est effectuée sur le prix affiché.

(2) Sur les montures et les verres du panier libre, valable une fois par élément. En cas de nouvelle classe, une franchise de 50% s'applique. Ne s'applique pas aux secondes paires. Cette garantie exclut les motifs suivants : rayures, utilisation anormale ou contraire à une utilisation conforme adaptée et régulière du produit.

(3) 15 jours sur les montures à compter de la livraison de l'équipement. De 3 à 6 mois sur les verres (durée affichée dans la fiche de l'opticien sur MySantéclair), à compter de la date de la délivrance de votre équipement.

(4) Comparaison entre les tarifs négociés chez les professionnels de santé partenaires Santéclair et les devis analysés par Santéclair en 2019. Données issues de l'analyse des devis hors réseau constatés par Santéclair en France en 2019.

(5) Comparaison entre les tarifs négociés chez les professionnels de santé partenaires Santéclair et les devis analysés par Santéclair en 2019. Données Santéclair comparant les tarifs réseaux et les tarifs pratiqués hors réseau et sur la France entière.

(6) Vous bénéficiez d'une période d'essai gratuite d'au moins 30 jours en situation de vie courante avant toute confirmation d'achat.

(7) En cas de panne de l'appareil auditif dans les 4 ans suivant l'achat, l'appareil auditif est réparé ou échangé (à l'identique ou équivalent) si celui-ci ne peut être réparé, sans franchise.

(8) L'audioprothésiste contrôle, règle et entretient les appareils auditifs après achat durant toute la durée de vie de l'appareil, autant de fois que nécessaire et sans frais supplémentaires.

Vos services en ligne sur malakoffhumanis.com



Depuis votre espace client, prenez soin de votre santé

Une question ? Une demande de remboursement ? Un changement de situation ? Une hospitalisation ? L'Espace Client est à votre disposition pour vous faciliter la vie et vous permettre de gagner du temps.

Entièrement gratuit et personnalisé, votre Espace Client vous permet également de mieux comprendre et gérer les contrats au quotidien.

Gérez votre contrat

- Consultez **vos bénéficiaires**.
- **Actualisez vos informations personnelles** : adresse, coordonnées bancaires et/ou de régime d'Assurance maladie.
- **Géolocalisez** les professionnels de santé pratiquant le tiers payant.
- Abonnez-vous aux alertes de remboursement.

Suivez vos remboursements

Vous pouvez consulter le détail de vos remboursements de santé, votre historique, et vous pouvez télécharger vos e-relevés.

Effectuez vos démarches

- Une **hospitalisation** prévue ? Vous réalisez en ligne une demande de prise en charge hospitalière et vous évitez ainsi une avance de frais conséquente.
- Vous transmettez vos **devis** pour connaître le montant de votre prise en charge.
- Recherchez un établissement de soins.

Contactez le service client

Via la messagerie en ligne, vous envoyez un message en toute confidentialité. Vous pouvez poser une question, prendre un rendez-vous avec votre conseiller pour obtenir des informations sur un produit ou un service, suivre l'avancement de votre demande...

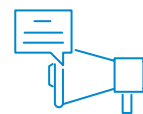
Avec votre Espace client, **gardez le contact**.

Comment créer votre espace client santé ?

- 1** Connectez-vous sur malakoffhumanis.com et cliquez sur « Accéder à mon espace / Un particulier ».
- 2** Sélectionnez l'espace Santé/Prévoyance et cliquez sur 8 chiffres.
- 3** Cliquez sur « Créer mon compte » et complétez le formulaire puis validez.
- 4** Vous recevez immédiatement un e-mail pour activer votre compte (penser au dossier « indésirable »).
- 5** Vous pouvez créer et personnaliser alors votre mot de passe en respectant les indications puis validez.

À SAVOIR

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



Vous êtes plutôt appli-mobile

Retrouvez également vos services sur l'appli Malakoff Humanis !

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



BESOIN D'AIDE POUR VOUS CONNECTER ?

Contactez par téléphone ou e-mail le service client depuis la page de connexion de l'**Espace client**.

L'accompagnement social est à vos côtés

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

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

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

- **Fragilités sociales** : des services qui protègent les salariés et leur famille, pour les petits soucis comme pour les plus gros, pour les belles nouvelles ou les étapes de vie à franchir.

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

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



Par téléphone :

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

Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

* Hors métropole : 09 74 75 39 96
(service gratuit + prix d'un appel local)



Par internet :

Connectez-vous à votre Espace Client sur malakoffhumanis.com

La procédure NOEMIE

La procédure NOEMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) concerne la télétransmission entre la Sécurité sociale et notre organisme. Si vous en bénéficiez, vos démarches sont donc allégées et vos remboursements sont plus rapides.

- 1 Il vous suffit de présenter votre carte Vitale au professionnel de santé.
- 2 Vous serez ensuite directement remboursé sur votre compte courant pour la part complémentaire sans avoir besoin d'envoyer vos décomptes Sécurité sociale.
- 3 La part obligatoire Sécurité sociale vous sera réglée ou directement au professionnel de santé sans aucune démarche de votre part en cas de tiers payant.

Exemple chez un médecin généraliste :



L'assuré présente sa carte Vitale et règle intégralement la consultation



Le médecin envoie le reflet de la feuille de soins (info Vitale) à la Sécurité sociale



L'organisme d'assurance maladie rembourse 70 % de la base de remboursement



L'organisme complémentaire rembourse le ticket modérateur (éventuellement dépassement selon régime)

Afin de vous rembourser de vos dépenses de santé, certains justificatifs peuvent vous être demandés, même si vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE.

Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission des décomptes Sécurité sociale (procédure NOEMIE)

Si l'un des bénéficiaires ne peut pas bénéficier de Noémie (étudiants ou régimes spéciaux tels que mines...) ou si vous refusez cette procédure, pour vous faire rembourser, vous devez nous faire parvenir les originaux des décomptes d'assurance maladie accompagnés de la partie haute de l'un des décomptes de notre organisme.

À SAVOIR

Pour traiter rapidement votre dossier, votre identification est nécessaire.

Dispositions générales

Possibilité de maintien des garanties

Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail

Les garanties sont maintenues pendant toute la durée d'incapacité complète de travail ouvrant droit aux indemnités journalières ou rente d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale ou au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Elles cessent en tout état de cause à la date de résiliation du contrat de l'entreprise.

Maintien de garanties Santé au titre de la « portabilité des droits »

Conditions du maintien de l'affiliation

Le dispositif de maintien de couverture dit de « portabilité des droits » au profit des anciens salariés, étendu à l'ensemble des entreprises, résulte des dispositions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

En l'état, sous réserve pour l'assuré d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail de l'assuré à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Il incombe à l'entreprise d'informer l'assuré du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation de l'assuré est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

En tout état de cause, l'affiliation de l'assuré cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès),
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs prévus,
- en cas de résiliation du contrat.

Obligations déclaratives

L'assuré s'engage à fournir à notre organisme :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,

- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations chômage.

Garanties

L'assuré bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail. Le maintien des garanties est accordé aux ayants droit définis au contrat.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables à l'assuré.

L'assuré sera informé par l'entreprise de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment par la remise de l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par nos soins.

Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité.

Maintien des garanties à titre onéreux

Les garanties dont bénéficie l'assuré s'interrompent à la date de rupture ou de suspension (sans maintien de rémunération) de son contrat de travail. L'assuré peut alors à son initiative demander à conserver à titre onéreux les garanties souscrites précédemment.

Pour être recevable, la demande de maintien doit être formulée dans un délai inférieur à 1 mois suivant le maintien au titre de la portabilité des droits ou 6 mois suivant la rupture du contrat de travail pour préretraite, licenciement indemnisé par le Pôle Emploi (en cas de renonciation au maintien au titre de la portabilité des droits), départ amiante, congé sans traitement (congé parental, congé sans solde, congé sabbatique), congé de conversion ou de reclassement.

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

Toute demande de maintien adressée à notre organisme après l'expiration du délai indiqué ci-dessus n'est pas recevable.

Les cotisations à la charge de l'assuré, dont le montant est notifié par notre organisme à l'aide d'un échéancier, sont payables d'avance, par prélèvement automatique sur le compte de l'assuré.

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

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

Les garanties cessent lorsque les conditions pour bénéficier du maintien ne sont plus remplies, à savoir :

- reprise d'activité ;
- liquidation de la pension de retraite Sécurité sociale ;
- résiliation des garanties par l'assuré ;
- non-paiement des cotisations.

Les assurés retraités peuvent alors demander à bénéficier, dans le délai de 6 mois suivant la date de liquidation de la retraite ou de la date de décès de l'assuré, de la garantie Frais de santé des retraités proposée par notre organisme à ses retraités (régimes BRN ou BRS).

Cotisations

La répartition du coût des cotisations entre l'entreprise et les assurés est fixée par l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise. L'entreprise est seule responsable du versement et du calcul des cotisations.

Pour que les assurés puissent bénéficier des prestations, l'entreprise doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'elle pourrait devoir au titre du contrat.

Recours subrogatoire (Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985)

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à notre organisme dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. Notre organisme se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, notre organisme n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

Fausse déclaration

Conformément à l'article L.932-7 du Code de la sécurité sociale, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'assuré susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour notre organisme, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat est annulé de plein droit.

Les cotisations demeurent acquises à notre organisme et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par l'assuré.

Déchéance de garantie au sinistre

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

- **s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la**

date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,

- **s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.**

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

Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par 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 notre organisme en a eu connaissance,**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.**

Lorsque l'action de l'assuré ou des bénéficiaires contre notre organisme a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou les bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

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

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

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

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

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

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés aux alinéas ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

Réclamation – Médiation

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

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

reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com

ou à l'adresse postale suivante :

Service Réclamations Particuliers Assurance
78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

M. le médiateur de la protection sociale CTIP,
10 rue Cambacérès, 75008 Paris

ou par voie électronique :

<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

Autorité de tutelle

Notre organisme est contrôlé par l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) régie par le code monétaire et financier - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 9.

Protection des données à caractère personnel

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

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

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Votre interlocuteur Malakoff Humanis

Pour plus d'information sur votre régime (y compris prise en charge hospitalisation et demande de devis dentaire)

Suivre votre contrat

Numéro dédié : **09 69 32 80 28** (du lundi au vendredi 8 h 30 à 19 h)

Adresse : Malakoff Humanis - Service Prestations Santé -
21 rue Roger Salengro - 94132 Fontenay-sous-Bois

Espace Client : **malakoffhumanis.com**

Votre accompagnement social

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

Par internet : Connectez-vous à votre Espace Client sur
malakoffhumanis.com

Suivre vos services Santéclair

Numéro dédié :  **N°Cristal 0 969 39 01 12**
APPEL NON SURTAXÉ
(du lundi au vendredi de 9 h à 19 h 30,
et le samedi de 9 h à 17 h)

Adresse : Santéclair - 7 mail Pablo Picasso 44046 Nantes Cedex 1



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

malakoffhumanis.com