

CANTON LA BOETIE

Conditions Générales valant Notice d'information Santé

Régime BRN-BRS

Garanties réservées aux retraités
Édition janvier 2025



Sommaire

Votre complémentaire santé	3
Pour mieux se comprendre	6
Vos garanties	7
Vos cotisations	12
Versement des prestations	13
Votre contrat en pratique	16
Dispositions générales	22

Votre complémentaire santé

Objet de votre contrat

Le présent contrat est mis en œuvre par Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le Livre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 775 691 181, dont le siège social est situé 21 rue Laffitte, 75009 Paris, dénommée ci-après « l'Institution » ; au profit des assurés bénéficiant du contrat individuel « BRN-BRS ».

Il a pour objet de décrire les engagements respectifs entre l'assuré et notre organisme concernant la garantie Frais de Santé.

Adhésion au contrat

Chaque retraité, qui à la veille de sa retraite bénéficiait d'un régime Frais de santé du canton inter-entreprises La Boétie assuré par Malakoff Humanis Prévoyance, a le choix d'adhérer au régime BRN ou au régime BRS.

Peuvent également adhérer les anciens salariés :

- si ils sont retraités et ayant 10 ans d'ancienneté dans une des sociétés toujours adhérente dans le périmètre du canton inter-entreprises La Boétie,
- bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité prévue par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre

1998 (« pré retraite amiante ») au moment de leur rupture de contrat de travail dans une des sociétés adhérentes dans le périmètre du canton ou ayant 10 ans d'ancienneté dans une des sociétés toujours adhérente dans le périmètre du canton.

Le choix du retraité doit être exercé au plus tard dans les 6 mois suivant la date de liquidation de sa pension de retraite Sécurité sociale, la date d'effet de l'adhésion étant obligatoirement fixée à la date d'effet de la retraite. Passé ce délai, le retraité ne pourra plus demander à adhérer au régime Frais de santé.

Pour bénéficier de la garantie, le demandeur doit remplir et signer le bulletin d'adhésion et y indiquer notamment les bénéficiaires de la garantie Frais de santé, membres de sa famille qu'il souhaite assurer sous réserve que ces derniers soient affiliés au contrat individuel « BRN-BRS ». Ces derniers doivent également relever, en tant qu'assuré à titre personnel ou ayant droit du demandeur ou de son conjoint ou de son partenaire PACS ou de son concubin, d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

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 de Malakoff Humanis Prévoyance.

Changement des conditions d'adhésion

Toute demande de changement de régime ou d'option ou toute demande de résiliation doit être formulée auprès de notre organisme par courrier, la date du cachet de la poste faisant foi.

Nature du changement	Sans changement de situation de famille	En cas de changement de situation de famille	Date d'effet du changement
Changement de régime	Après une durée minimum d'adhésion de trois années civiles avec un délai de prévenance avant le 31 octobre de chaque année.		1 ^{er} janvier de l'exercice suivant la date de la demande
Changement d'option (individuelle ou familiale)	Possible à tout moment Uniquement pour passer de l'option familiale à l'option individuelle	Pour passer de l'option individuelle à l'option familiale Possible en cas de : <ul style="list-style-type: none">■ Mariage, conclusion d'un PACS, vie maritale■ Départ à la retraite du conjoint qui bénéficiait en tant qu'actif d'une complémentaire santé obligatoire (fournir une attestation de radiation de cette complémentaire santé)■ ou dans les 5 ans suivant sa cessation d'activité si le conjoint bénéficiait d'une couverture santé individuelle (fournir une attestation de radiation de cette complémentaire santé)	Premier jour du mois civil qui suit la date de la demande

Formalité d'adhésion en cas de vente à distance

Vous devez joindre avec le bulletin d'adhésion selon votre situation :

- la copie de votre pièce d'identité,
- la copie de votre livret de famille,
- la copie de votre certificat de mariage,
- un document officiel attestant du PACS,
- une attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- pour les personnes à charge selon votre situation :
 - la copie du dernier avis d'imposition de l'assuré ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - la carte d'invalidité,
 - la copie du dernier bulletin de salaire,
 - la copie de l'attestation France Travail

Outre ces justificatifs, le bulletin d'adhésion doit être accompagné :

- de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale en vigueur à la date d'adhésion, pour tous les bénéficiaires
- ayant leur propre numéro,
- d'un relevé d'identité bancaire,
- le cas échéant, du formulaire « mandat SEPA » dûment

complété afin de permettre le prélèvement automatique.

A défaut, l'adhésion ne prend pas effet.

Vous vous engagez à déclarer, sans délai, à notre organisme tout changement de situation familiale, de protection sociale (régime obligatoire d'assurance maladie).

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)

Prise d'effet du contrat

A réception de votre bulletin d'adhésion accompagné des justificatifs mentionnés ci-avant, notre organisme émet un certificat d'adhésion mentionnant la date de prise d'effet et les caractéristiques de l'adhésion.

Celle-ci prend effet, au plus tôt, au premier jour du mois civil suivant la réception par notre organisme du bulletin d'adhésion dûment signé accompagné des pièces justificatives.

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion fait foi entre les parties.

Faculté de renonciation

Si la souscription du contrat a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance, vous disposez d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Le délai commence à courir à compter du jour où le contrat a pris effet.

Cette renonciation doit être notifiée à notre organisme par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse mentionnée sur la lettre de confirmation accompagnant le certificat d'adhésion.

Si vous avez demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation vous devrez vous acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet du contrat et la renonciation.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation, notre organisme vous rembourse les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent.

Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

« Je, soussigné(e)..... domicilié(e)..... déclare renoncer à mon contrat « BASE BRN - BRS » du .../.../... et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance. » Fait le, à, (signature).

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues par le contrat.

Durée, renouvellement et cessation du contrat

Durée et renouvellement du contrat

Le contrat se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année sauf résiliation de votre part ou de notre organisme.

Cessation du contrat

Le contrat peut cesser :

■ à votre demande :

- **au 31 décembre de chaque année**, sous réserve que cette demande soit envoyée à notre organisme au plus tard le 31 octobre.
- lors de la révision des cotisations ou du montant des garanties, au plus tard dans le délai d'un mois suivant la notification desdites révisions.

Toute demande de résiliation est définitive.

■ à la demande de notre organisme :

- **au 31 décembre de chaque année**, sous réserve que cette demande soit envoyée à l'assuré au plus tard le 31 octobre,
- **en cas de non-paiement des cotisations.**
- **en cas de décès de l'assuré**

Notre organisme rembourse prorata temporis, la partie de cotisation réglée correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès. Les bénéficiaires qui lui étaient rattachés continuent à être garantis jusqu'à la survenance du décès.

La cessation du contrat prive de tout droit à prestation le bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation du contrat.

Modalité de résiliation du contrat à l'échéance annuelle

Vous pouvez résilier votre contrat (et par conséquent celle de l'ensemble de ses ayants droit), deux mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi).

Vous pouvez adresser votre demande :

- soit par lettre ou tout autre support durable,
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de notre organisme,
- soit par acte extrajudiciaire,
- soit, lorsque notre organisme propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication,

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La résiliation à l'initiative de notre organisme s'effectue par lettre recommandée.

Résiliation infra annuelle

Les dispositions ci-après s'entendent dans les conditions définies par la loi 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et de ses textes d'applications.

Vous pouvez, après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, dénoncer l'adhésion ou résilier le contrat sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation du contrat prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois de date à date à compter de la réception, par notre organisme de la notification du souscripteur.

Lorsque le souscripteur a le droit de résilier le contrat, la notification de la résiliation peut être effectuée, au choix du souscripteur :

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

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée ou lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues dans ce document, l'assuré n'est redevable que de la partie de cotisation correspondante à la période pendant laquelle le risque est couvert. Cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

Si une fraction de cotisation s'avère avoir été payée d'avance, celle-ci est remboursée.

Dans le cas où vous souhaitez dénoncer une adhésion ou résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte du souscripteur souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation ou de dénonciation dans les conditions prévues dans ce document. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

Révision du contrat

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

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

Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, l'assuré peut toujours refuser la proposition de notre organisme dans les trente jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article « Modalités de résiliation du contrat à l'échéance annuelle »**. Le contrat est alors résilié dans les dix jours suivants.

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

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

Pour mieux se comprendre



Actes Hors Nomenclature : désignent les actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Assuré : l'assuré est la personne qui souscrit au contrat en remplissant et signant le bulletin d'adhésion.

Ayants droit : au sens de la Sécurité sociale, désignent les personnes à la charge de l'assuré en sa qualité d'assuré social et qui peuvent prétendre à ce titre au versement des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie auquel il est affilié.

Contrat responsable : Contrat 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 en vigueur.

Contrat solidaire : Contrat 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.

Garantie : elle correspond à l'engagement de notre organisme de verser une prestation si l'assuré ou, le cas échéant, les bénéficiaires sont victimes d'un sinistre.

Nomenclature : cette notion désigne les documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

OPTAM/OPTAM-CO également appelé DPTM : La 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 Maitrisée/ « OPTAM-CO » (Option de Pratique Tarifaire Maitrisée - Chirurgie Obstétrique) également appelé DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée.

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.

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.

Vous pourrez retrouver cette valeur actualisée sur notre site internet.

Prestation : elle correspond à l'exécution de la garantie par l'Institution.

Remboursement de la Sécurité sociale :

- **Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)** : représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.
- **Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)** : ce montant est égal à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.
- **Ticket modérateur (TM)** : il correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Vente à distance : fourniture d'une prestation d'assurance conclue sans la présence physique simultanée des parties, entre une personne physique et l'Institution qui, pour l'établissement du bulletin d'adhésion, utilisent exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance (utilisation de tout moyen pour la signature du bulletin d'adhésion, sans la présence physique ou simultanée du demandeur à l'adhésion et de l'Institution comme le téléphone, Internet ou la voie postale).

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 ;
- 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 ;
- tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ;
- la part des frais de déplacement non retenus par la Sécurité sociale au titre de sa prise en charge.

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. Ils satisfont aux dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Ne sont pas pris en charge :

- la participation forfaitaire visée à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité sociale, 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 ;

- les franchises médicales visées à l'article L.160.13 II du Code de la sécurité sociale, applicables dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la sécurité sociale pour certains produits et prestations ;
- la majoration de la participation du bénéficiaire à ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le cas où :
 - il n'a pas choisi son médecin traitant,
 - il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant,
 - il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour, lorsque cette disposition rentrera en vigueur ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par le médecin spécialiste lorsque le bénéficiaire le consulte directement sans respecter le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques visé à l'article L162-5 18° du Code de la Sécurité sociale.
- 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 d'un Contrat OPTAM/OPTAM-CO.
- la minoration du remboursement appliquée par la Sécurité sociale sur les frais de transport sanitaires programmés, en cas de refus du patient du transport partagé proposé

Sont pris en charge obligatoirement :

- l'intégralité du *ticket modérateur* pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale, sauf pour :
 - les frais de cure thermale,
 - les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou 30%,
 - les spécialités et les préparations homéopathiques,
- la participation forfaitaire pour les actes lourds et coûteux, mentionnés à l'article R. 160-16 I du Code de la sécurité sociale
- l'intégralité du « forfait journalier hospitalier » des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, sans limitation de durée.
- Le forfait patient urgence(s)
- Les actes de prévention au titre de chaque poste concerné par ces actes
- Le ticket modérateur pour les activités et dispositifs numériques de télésurveillance médicale ou à visée thérapeutique

- les prestations 100% SANTE
 - Pour l'optique, la notion d'équipement (un équipement est défini comme l'ensemble d'une monture et deux verres). Les équipements sont classés en six catégories, basées sur la correction des verres.
 - l'examen de la vue réalisé par l'opticien lunetier en cas de renouvellement d'une ordonnance lorsqu'il est associé à la délivrance d'un équipement optique,
- Les protections hygiéniques réutilisables remboursées par la Sécurité sociale ;
- Les frais du parcours coordonné de bilan, de diagnostic et d'accompagnement du handicap pour les enfants de moins de 6 ans visé à l'article L2134-1 du code de la santé publique ;
- Les frais relatifs aux interventions et aux traitements réalisés dans le cadre des parcours coordonnés renforcés visés à l'article 4012-1 du code de la santé publique

Garanties applicables

Le contrat se compose de deux options alternatives :

- « Option Individuelle » ;
- « Option Familiale ».

Bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties Frais de santé sont :

Pour l'option individuelle : l'assuré retraité seul

Pour l'option familiale : l'assuré retraité ;

Et :

- le conjoint de l'assuré non divorcé, non séparé de corps judiciairement ;
- à défaut de conjoint, et à condition que l'assuré soit célibataire, veuf(ve) ou divorcé(e) :
 - le ou la partenaire auquel ou à laquelle l'assuré est lié(e) par un PACS (Pacte civil de solidarité) sous réserve de la production de l'attestation d'inscription du PACS au greffe du Tribunal d'Instance,
 - le concubin ou la concubine, célibataire, veuf(ve) ou divorcé(e) sous réserve de la production d'un justificatif de domicile commun ainsi qu'une attestation sur l'honneur de vie maritale ;
- les enfants à charge.

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

	Justificatifs
Votre enfant à charge, 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, et qui répond à l'une des conditions suivantes :	
■ être âgé de moins de 18 ans, être non-salarié ;	Attestation carte Vitale
■ ou être âgé de moins de 21 ans, être non-salarié, bénéficiaire d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnu à charge par l'administration fiscale de l'assuré ;	Attestation carte Vitale Copie du dernier avis d'imposition
■ ou être âgé de moins de 26 ans et être à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre de France Travail ;	Notification de décision d'indemnisation France Travail

<ul style="list-style-type: none"> ■ jusqu'au dernier trimestre civil de son 26^e anniversaire s'il justifie de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé. Si l'enfant effectue des études à l'étranger, les prestations versées par notre organisme sont calculées sur la base de remboursement de la Sécurité sociale française ; ■ être en apprentissage ou titulaire d'un contrat de formation en alternance (notamment contrat de professionnalisation) ou d'insertion dans la vie professionnelle prévu par la législation sociale, ou étudiant cotisant au régime général de la Sécurité sociale dans la limite de la fin de l'année scolaire de leur 26^e anniversaire ; ■ être engagé volontaire en Service Civique (entre 16 et 25 ans), pour la durée de leur engagement ; 	Copie du certificat de scolarité Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation Copie du certificat de scolarité Justificatif justifiant le Service Civique
<ul style="list-style-type: none"> ■ ou quel que soit son âge, s'il est titulaire d'une carte d'invalidité ou de mobilité inclusion et à charge fiscalement ; 	Copie de la carte d'invalidité ou copie de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » Copie du dernier avis d'imposition
<ul style="list-style-type: none"> ■ 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

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.

En tout état de cause, l'adhésion de l'enfant cesse au 31 décembre de l'année au cours de laquelle il ne satisfait plus à la définition des enfants à charge.

La démission ou la radiation de l'assuré sera assimilée à une démission de l'ensemble des bénéficiaires.

Si le conjoint, le partenaire ou la partenaire PACS, le concubin ou la concubine est assujéti à un régime spécial de la Sécurité sociale (travailleurs non salariés, commerçants, mines par exemple), la prestation versée par notre organisme ne peut jamais être supérieure à celle qui serait versée pour un assuré affilié au régime général de la Sécurité sociale.

Prestations garanties

Les garanties Frais de santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les bénéficiaires, pour les frais donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus.

Les garanties Frais de santé prévues au présent contrat sont conformes aux dispositions du Contrat Responsable. Elles respectent notamment les minima et les maxima de garanties prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Si le Conjoint, le Partenaire lié par un PACS ou le Concubin est affilié à un régime de base de Sécurité sociale différent du Régime général (régimes spéciaux ou régime agricole), les remboursements Sécurité sociale seront rétablis sur la base

des taux du Régime général de la Sécurité sociale s'ils sont supérieurs.

Certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par notre organisme dans les conditions fixées dans le tableau des garanties.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Le remboursement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes, hors parcours de soins, est réduite dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice. Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et non signataire du Contrat d'accès aux soins, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.

Peuvent donner lieu à remboursement les frais suivants, selon les garanties et formules effectivement souscrites, prévues au tableau de garanties. Dès lors que le remboursement de notre organisme est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par bénéficiaire sauf dispositions spécifiques figurant au tableau des garanties.

Frais d'hospitalisation en secteurs conventionné et non conventionné (y compris maternité) :

■ **Hospitalisation chirurgicale :**

- Frais chirurgicaux proprement dits,

■ **Hospitalisation médicale :**

- Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation,

■ **Hospitalisation à domicile (HAD) remboursée par la Sécurité sociale.**

■ **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 LPP facturables et spécialités pharmaceutiques).
- Honoraires : Honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non à l'OPTAM/OPTAM-CO.
- Forfait journalier pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico- sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).
- Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**).
- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 17 ans

bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».

- Participation forfaitaire pour les actes coûteux.

Pour les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnement, la prise en charge est limitée à :

- 365 jours,
- 180 jours en cas de séjour psychiatrie.

À l'expiration de cette période de 365 jours ou 180 jours, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une interruption d'hospitalisation entre deux séjours supérieurs à 90 jours continus et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

Forfait patient urgence

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a prévu la mise en place du forfait patient urgences pour les passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

Désormais, la facturation est modifiée et fixée forfaitairement quels que soient les actes et soins médicaux. Le remboursement est réalisé dans les mêmes conditions que l'était celui du ticket modérateur.

Soins de ville en secteurs conventionné et non conventionné :

- **Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste, ayant signé ou non à l'OPTAM/OPTAM-CO,**
- **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,**
- **Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un médecin spécialiste ayant signé ou non à l'OPTAM/OPTAM-CO,**
- **Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non à l'OPTAM/OPTAM-CO,**
- **Biologie médicale,**
- **Ostéodensitométrie,**
- **Amniocentèse.**
- **Participation forfaitaire pour les actes coûteux**

Pharmacie :

- **Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale.**
- **Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale.**
- **Vaccins.**
- **Pilules contraceptives.**
- **Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, hors cigarettes électroniques).**

Frais de Transport :

- **Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale**

Appareillage :

- **Orthopédie et prothèses diverses.**
- **Prothèses auditives, pile et entretien de la prothèse auditive,**

- **Prothèses capillaires et mammaires remboursées par la Sécurité sociale**

Frais dentaires :

- **Soins et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco-dentaire, endodontie) remboursés par la Sécurité sociale,**
- **Parodontologie remboursée ou non par la Sécurité sociale,**
- **Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale,**
- **Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale,**
- **Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale,**
- **Implants : implant, pilier implantaire.**

Les réparations sur prothèses non remboursées à caractère esthétique ne font l'objet d'aucun remboursement dans le cadre du contrat.

Optique :

- **Équipement optique remboursé par la Sécurité sociale (deux verres et une monture) : les prestations dépendent du degré de correction (dioptrie).**

La prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans. Le renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur à 24 mois suivant l'acquisition précédente ne pourra donner lieu à une prise en charge par le contrat. Par dérogation, cette période est réduite à un 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.

La période de 24 mois ou, le cas échéant, de 12 mois, s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. 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.

La prise en charge du ticket modérateur pour l'équipement optique (deux verres et une monture) est limitée à une prise en charge tous les deux ans sauf si la garantie souscrite est limitée au remboursement du ticket modérateur.

- **Lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables).**

- **Chirurgie réfractive.**

Prévention :

Les actes de prévention sont pris en charge par l'Institution au titre de chaque poste de garanties concernés par ces actes :

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1^{res} et 2^e molaires permanentes des enfants avant leur 14^e anniversaire, à raison d'une fois par dent,
- un détartrage annuel complet, effectué en 2 séances maximum,
- un bilan du langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan,
- le dépistage de l'hépatite B,
- le dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les actes d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec tympanométrie),
- l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance Maladie (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans),
- les vaccins suivants : Diphtérie, tétanos et poliomyélite (à tous âges) ; Coqueluche (avant 14 ans) ; Hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans) ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Médecine alternative :

Peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens listés dans le tableau de garanties.

Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrit au registre préfectoral et exerçant en France.

Cure Thermale :

Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement) remboursés par la Sécurité sociale.

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

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 1

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.

Pensez à réaliser un devis avec notre service Devis conseil et recevoir par sms ou par mail le montant éventuel à votre charge.

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 ont pris effet en deux temps : **le 1^{er} janvier 2020 pour une partie des actes du panier « 100 % Santé », puis le 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.

A 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).



Depuis le 1^{er} janvier 2021, ce sont les prothèses amovibles en résine qui viennent compléter les prothèses dentaires « 100 % Santé ».

Audio

Vous bénéficiez du « 100 % Santé » audio depuis le 1^{er} janvier 2021.

1 - Panier 100 % SANTÉ (CLASSE I)

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

2 - Panier TARIFS LIBRES (CLASSE II)

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

ATTENTION

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

Les remboursements de soins à l'étranger

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.

Vos cotisations

Montant des cotisations

La cotisation pour chacun des régimes BRN et BRS est fixée chaque année.

Elle comprend :

- une partie forfaitaire, variable selon l'option choisie (individuelle ou familiale) ;
- et une partie proportionnelle à l'allocation de retraite (régime unique AGIRC-ARRCO).

La cotisation est due à partir de la date d'effet de la retraite. Elle est payable mensuellement d'avance, par prélèvement automatique sur compte bancaire.

Votre conjoint continue de bénéficier de la garantie frais de santé dont vous bénéficiez en tant qu'assuré au jour de votre décès, sous réserve d'en faire la demande dans les 3 mois suivant le décès.

Dans ce cas le montant de la cotisation comprend :

- une partie forfaitaire,
- une partie proportionnelle calculée sur la pension de réversion ou fictivement sur le montant de l'allocation retraite AGIRC-ARRCO du défunt (60 % de la retraite AGIRC-ARRCO de l'assuré décédé).

Paiement des cotisations

Les cotisations et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont appelées pour l'ensemble des garanties et sont payables d'avance et par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement.

Vous devrez vous acquitter immédiatement du solde de votre cotisation en cas de rejet de prélèvement pour provision insuffisante.

Défaut de paiement des cotisations

Lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, notre organisme adresse à l'assuré une lettre recommandée par laquelle elle l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai entraîne la résiliation du contrat.

Le contrat ou l'adhésion individuelle non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Révision des cotisations

Les cotisations sont indexées au 1^{er} janvier de chaque année en fonction d'un taux fixé à l'avance (de 0,33 %) et de la dernière évolution annuelle de l'indice de la Consommation Médicale Totale (CMT) composé de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM) connue à partir du mois de septembre et du coût des évolutions réglementaires.

Évolutions règlementaires

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

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

Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations, vous pouvez toujours refuser la proposition de notre organisme dans les trente jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant votre demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article « Modalités de résiliation du contrat à l'échéance annuelle ».** Le contrat est alors résilié dans les dix jours suivants.

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

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

Versement des prestations



Païement des cotisations

Pour que l'assuré puisse bénéficier des prestations, celui-ci doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du contrat.

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 bénéficiaires 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.

À 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 à fournir

Le paiement des prestations peut être subordonné à la fourniture de pièces justificatives listées dans le tableau ci-dessous.

Le délai de remboursement prévu au contrat ne court qu'à compter de la réception complète des pièces qui auront été demandées par notre organisme.

Toute somme versée à tort sera réclamée par notre organisme.

Par ailleurs, ce dernier se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires, avant ou après paiement des prestations.

Ces pièces justificatives sont nécessaires dans les deux cas ci-dessous :

■ Pour la liquidation de certains actes complexes :

Lorsque le niveau de prise en charge ne peut être identifié sans la communication de codes détaillés de la nomenclature de la Sécurité sociale, notre organisme appliquera le niveau minimum prévu pour le code regroupé de cette nomenclature. Toutefois, si les pièces demandées sont transmises dans les deux ans de la date des soins, notre organisme procédera à la régularisation à hauteur des garanties.

■ Pour la liquidation de la totalité des actes couverts par le contrat, ponctuellement à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude :

Si l'assuré ne transmet pas les pièces justificatives demandées par notre organisme avant ou après le paiement des prestations, il s'expose à une annulation de sa prise en charge. L'assuré devra restituer le montant des prestations indument versées.

Domaine de prise en charge Traitement par Noémie	Justificatif à fournir
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés. ■ Justificatif de la demande de la chambre particulière par l'assuré et de son montant. ■ Le cas échéant, le devis accepté par l'assuré avec les dépassements d'honoraires pour les actes médicaux.
Cure thermale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Facture acquittée et détaillée mentionnant l'ensemble des dépenses y compris les frais de transport et d'hébergement
Optique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Devis détaillé et accepté par l'assuré ■ Facture détaillée et acquittée ■ Le cas échéant, prescription médicale initiale ou modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ■ Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'opticien
Dentaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Devis détaillé et accepté par l'assuré ■ Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Aide auditive	<ul style="list-style-type: none"> ■ Devis détaillé et accepté par l'assuré ■ Facture détaillée et acquittée par l'assuré ■ Le cas échéant, prescription médicale ■ Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'audioprothésiste
Maternité	<ul style="list-style-type: none"> ■ Photocopie du livret de famille ou acte de naissance
Adoption	<ul style="list-style-type: none"> ■ La copie du jugement d'adoption plénière

Traitement hors Noémie	Justificatif à fournir dans tous les cas
Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.
Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état¹ dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET, RPPS³.
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale ²	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée et précisant le nom du produit

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

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

3 RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé.

Formalités générales

Adresse pour l'envoi des dossiers :

MALAKOFF HUMANIS
GESTION ASSURANCE
78288 GUYANCOURT CEDEX

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.

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.

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 RPPS 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.

Votre contrat en pratique

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 :



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

A SAVOIR

Pour traiter rapidement votre dossier, votre identification est nécessaire. Retournez-nous la partie haute de vos décomptes.

Vous trouverez également nos coordonnées dans le bloc correspondance.

Le document est un décompte de prestations de Malakoff Humanis. Il contient les informations suivantes :

- Logo Malakoff Humanis
- Titre : DECOMPTÉ DE PRESTATIONS
- N° ADHERENT : THERRY
- Correspondance : MALAKOFF HUMANIS, 41001 BLDIS CEDEX 9
- Service client : 09 77 40 05 30
- Partie haute à retourner avec toute correspondance
- Tableau des remboursements :

Date	Nature des prestations	Dépense	Base S.S.	Remboursement S.S.	Remboursement autre mutuelle	Remboursement	Note
------	------------------------	---------	-----------	--------------------	------------------------------	---------------	------

Le tiers payant

La mise en œuvre du TP

Vous et vos éventuels ayants droit bénéficier du tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Pour que le tiers payant s'applique il est nécessaire que le professionnel de santé soit partenaire de l'opérateur de tiers payant de notre organisme et que l'ensemble des pièces justificatives demandées par notre organisme soient fournies.

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

- le défaut de consentement écrit de votre part à la transmission de données détaillées de la nomenclature de la Sécurité sociale relatives à l'acte ou au dispositif médical via le professionnel de santé. Il est précisé que ces données sont nécessaires au calcul et au contrôle du remboursement des garanties souscrites.
- l'application par le professionnel de santé, de tarifs analysés comme excessifs par rapport aux prix les plus fréquents constatés sur le marché (supérieurs à 80 % des prix constatés) pour l'équipement délivré.

Dans les cas cités ci-dessus, le bénéficiaire devra avancer une partie des frais et envoyer la demande complétée des pièces justificatives mentionnées au contrat à notre organisme afin d'être remboursé à hauteur des garanties souscrites.

Spécificité du tiers payant pour le « 100 % Santé » :

Dans le cadre du « 100 % Santé », le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et audio sans reste à charge, c'est à dire à hauteur des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation définis réglementairement.

La carte de TP papier et sa version dématérialisée

Notre organisme vous adresse une carte de tiers payant qui mentionne notamment :

- votre numéro d'adhérent/identifiant qui permet de vous connecter à votre espace client pour consulter vos remboursements ou fournir des pièces justificatives,
- les coordonnées de notre organisme.

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

Géolocalisation

Dans vos services en ligne, sur votre Espace client, un outil de **géolocalisation** vous aide à localiser les professionnels de santé vous permettant d'obtenir le tiers payant Viamedis :

- par catégorie (laboratoires, radiologies...),
- par code postal, département ou ville,
- par adresse (recherche d'un professionnel de santé proche de votre domicile...).

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



Pour nous contacter.

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

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



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

Mes services avantages

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

Kalixia : la qualité à prix négocié

KALIXIA OPTIQUE

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

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

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

(2) À hauteur des garanties souscrites.

Le +

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

KALIXIA DENTAIRE

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

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

(1) À hauteur des garanties souscrites

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

Le +

En passant par le réseau Kalixia dentaire,

- Économisez jusqu'à 650 € ⁽²⁾ en moyenne sur certains actes comme l'implant,
- Vous bénéficiez d'honoraires négociés en soins prothétiques, d'implantologie, d'orthodontie et de parodontologie

KALIXIA AUDIO

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

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

(1) À hauteur des garanties souscrites.

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

(3) En téléchargeant l'attestation disponible depuis votre Espace client

Le +

Avec le réseau Kalixia audio, vous bénéficiez sur tous les équipements de tarifs négociés sans avance de frais ⁽¹⁾ (économie moyenne de 600 € ⁽²⁾ sur un double appareillage).
Vous avez même la possibilité d'en faire profiter vos parents ⁽³⁾.

KALIXIA OSTÉO

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



Où trouver un professionnel partenaire du réseau KALIXIA ?

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

Devis conseil

Afin d'évaluer rapidement le reste à charge avant de vous engager et de connaître le positionnement tarifaire du devis, nous vous proposons un service d'analyse tarifaire des devis.

Vous n'avez pas besoin de transmettre le devis. C'est le professionnel de santé qui s'en charge (il le saisit en ligne dans son espace Viamedis). Sont concernés : Les opticiens et audioprothésistes, qu'ils soient partenaires ou non du réseau Kalixia. Les dentistes partenaires du réseau Kalixia.

Vous recevez une réponse instantanée via :

- le sms, lui indiquant son reste à charge,
- le mail, avec un contenu personnalisé, des explications et la présentation des alternatives possibles selon sa situation (réseau / hors réseau, 100% santé / tarifs libres, tarifs dans la moyenne du marché / très élevés...).

Kalixiahospit

Vous avez accès à un comparateur hospitalier (Kalixiahospit) qui permet de facilement comparer et choisir l'hôpital qui répond le mieux à votre besoin. Vous accédez également aux établissements hospitaliers recommandés par Kalixia pour leur performance et la qualité de leur prise en charge dans certaines spécialités chirurgicales programmées.

La liste des professionnels de santé et établissements hospitaliers appartenant aux réseaux Kalixia, ainsi que Kalixiahospit sont disponibles sur votre Espace client.

En tout état de cause, vous conservez le libre choix du praticien et de son établissement hospitalier

La téléconsultation

Besoin de prendre rendez-vous avec votre médecin pour un état grippal, un mal de gorge ou un mal de dos... mais impossible de le joindre :

- c'est le week end,
- c'est un jour férié,
- en vacances / en déplacement à l'étranger...

Avec la téléconsultation médicale opérée par Maiia-MesDocteurs, un médecin répond de 8h à 20h, 7j/7, en France comme à l'étranger.

LE + DU SERVICE

Rien à régler. La téléconsultation est prise en charge à 100 % par le contrat de complémentaire santé et chaque personne rattachée au contrat santé bénéficie de 5 consultations gratuites par an.

Un service simple d'utilisation :

- accessible rapidement et simplement depuis l'espace client Malakoff Humanis pour une consultation immédiate en visio,

- disponible partout en France ou à l'étranger,
- prise en charge réalisée par un médecin inscrit à l'ordre des médecins et basé en France,
- entretien protégé par le secret médical,
- possibilité de prescrire une e-ordonnance disponible en ligne (uniquement en France),
- orientation vers un service d'urgence si besoin.

COMMENT Y ACCÉDER ?

Directement depuis l' Espace client Malakoff Humanis
Vous accédez à la rubrique dédiée à la téléconsultation médicale immédiate si vous avez activé votre espace client. C'est simple et rapide !

Via le n° de téléphone **09 86 86 00 67** Service gratuit + prix appel

En appelant ce numéro, vous êtes redirigé soit sur votre Espace Client Malakoff Humanis (si activé), soit sur la plateforme digitale d'accès de la téléconsultation où vous renseignez vos coordonnées.

CONDITIONS DE RÉALISATION

Depuis l'espace digital dédié :

- vous réalisez votre téléconsultation médicale en vidéo dans un délai d'1h maximum auprès d'un médecin généraliste inscrit à l'Ordre des Médecins,
- vous retrouvez vos ordonnances et les comptes-rendus de vos consultations dans votre espace personnel de téléconsultation.

LA CONFIDENTIALITÉ EST ASSURÉE

Les données de santé sont couvertes par le secret médical et hébergées auprès d'un hébergeur de données de santé agréé conformément à l'article L.1111-8 du Code de la santé publique. Le service est autorisé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

L'Assistance en cas de coups durs

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

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

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

CONTACT

Du lundi au samedi de 8h à 20h
Avec votre identifiant numéro de convention n° 753751

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

- **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.

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 saisissez votre N° d'adhérent..
- 3 Cliquez sur « Créer mon compte » et complétez le formulaire puis validez.
- 4 Vous recevez immédiatement un e-mail pour activer votre compte (pensez à vérifier dans vos mails « indésirables »).
- 5 Vous pouvez créer et personnaliser alors votre mot de passe en respectant les indications puis validez.

Il vous sera demandé à chaque connexion ainsi que l'adresse mail que vous aurez saisie lors de la création de votre compte.

A SAVOIR

Votre numéro d'adhérent est présent au recto de la carte de tiers-payant 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.



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

Dispositions générales

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.

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.

Adhésion du contrat à distance – informations complémentaires

Coût lié à l'utilisation de la technique de communication à distance

L'adhésion au contrat par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par l'assuré, dont le coût est supporté par ses soins.

Loi applicable

La loi française est la loi sur laquelle se fonde notre organisme pour établir les relations précontractuelles avec l'assuré, ainsi que celle applicable au contrat notamment pour son interprétation ou son exécution.

Compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

Langue utilisée

Notre organisme et l'assuré conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion de l'assuré au contrat.

Fonds paritaire de garantie

L'assuré est informé de l'existence du fonds paritaire de garantie des assurés contre la défaillance des Institutions de prévoyance et unions des Institutions de Prévoyance.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Notre organisme est tenu au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Cela se traduit pour l'assureur par des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance pendant toute la durée de vie du contrat.

Réclamation – Médiation

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

La réclamation peut également être adressée comme suit :

- par mail à l'adresse :
reclamation-particulier-ssurance@malakoffhumanis.com
- ou par courrier à l'adresse :
Malakoff Humanis
Service Réclamations Particuliers Assurance-
78288 Guyancourt Cedex.
- ou sur l'espace Assuré

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée, ou lorsque l'organisme assureur ou gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le souscripteur, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :

- par courrier à l'adresse :
M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue
Cambacérès, 75008 Paris
- ou par mail à l'adresse :
<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 soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS92459 - 75436 Paris cedex 09.

Protection des données à caractère personnel

Nous nous engageons à ce que vos données personnelles et celles de vos bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Vous avez la possibilité de donner votre consentement ou de le retirer pour certains traitements, et d'indiquer les canaux de communication par lesquels vous souhaitez être sollicité (SMS, courriel, téléphone, courrier) en se rendant sur son Espace Client particulier. Hormis les traitements nécessaires aux fins d'exécution des obligations en matière de protection sociale, votre consentement explicite et spécifique et celui de vos ayants droit est recueilli pour permettre le traitement de vos données personnelles de santé. À ce titre, les données personnelles relatives à votre santé et celles de vos ayants droit sont traitées (1) dans des conditions garantissant un niveau de sécurité et de confidentialité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées appropriées adapté au risque présenté par le traitement de vos données et celles de vos ayants droit et (2) à notifier la CNIL dans le délai prévu après la découverte d'une violation de données personnelles et (2.1) vous informer dans les meilleurs délais si cette violation représente un risque pour vos droits et libertés.

Si vos données personnelles et celles de vos ayants droit venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et qui ne présente pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, nous nous assurerons que ce tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, à la protection du transfert de données par des garanties appropriées ainsi qu'au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Vous disposez de droits prévus par le RGPD (d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition à la prospection commerciale, et de portabilité de vos données) que vous pouvez exercer, soit via notre site internet dans l'onglet dédié « Exercer mes droits » ; soit par email à dpo@malakoffhumanis.com soit par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

Vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL, et vous opposer au démarchage téléphonique en suivant les démarches distinctes indiquées dans notre Politique de protection de Malakoff Humanis

Détails de vos données	Finalités de vos données Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, nous nous engageons à ne pas exploiter vos données et celles de vos ayants droit dans un autre but que les finalités suivantes :	Catégorie de destinataires de vos données	Durée de conservation de vos données
<p>Données d'identification</p> <p>Données relatives à votre situation familiale, à votre vie personnelle, votre santé</p> <p>Données économique, patrimoniale et financière, professionnelle</p> <p>Données relatives à l'appréciation du risque</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La souscription, la gestion, y compris commerciale, la passation et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de nous ou d'autres sociétés de notre groupe • L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins que vous et vos <u>ayants droit</u> exprimez • La gestion de vos avis et de ceux de vos <u>ayants droit</u> sur les produits, services ou contenus que nous et nos partenaires proposons • L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux • 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 qui permettent de s'assurer de votre non-réidentification • 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, qui peuvent conduire à votre inscription sur une liste de personnes qui présentent un risque de fraude, et qui incluent un dispositif mutualisé des données des contrats et des <u>sinistres</u> déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) • A ce titre, Malakoff Humanis peut utiliser des systèmes d'intelligence artificielle pour l'aider à détecter des dossiers frauduleux tout en conservant une intervention humaine • La proposition à la personne assurée et à ses ayants-droits d'un accompagnement sous la forme de services ou d'outils inclus dans le contrat, opérés par Malakoff Humanis ou ses partenaires et en lien avec le coût des soins, le parcours médical ou des situations de fragilités • La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à votre destination 	<p>Nos services dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données</p> <p>Les sous-traitants éventuels</p> <p>Les délégataires de gestion</p> <p>Les intermédiaires d'assurance</p> <p>Les réassureurs et coassureurs</p> <p>Les organismes professionnels habilités</p> <p>Les partenaires</p> <p>Les sociétés extérieures</p>	<p>Le calcul des durées de conservation est réalisé en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des finalités pour lesquelles les données sont collectées • de la durée de la relation contractuelle et de la typologie de contrat • de nos obligations légales • des prescriptions légales et réglementaires applicables de conservation
<p>Données relatives à votre santé : le Numéro de Sécurité sociale (le « NIR ») et celui de vos <u>ayants droit</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>Notre Service médical et toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical</p> <p>Acteurs de la protection sociale conformément à la liste fournie à l'article 2.A.1°) du Décret n° 2019-341 du 19 avril 2019</p>	

Votre interlocuteur Malakoff Humanis

Suivre votre contact

Téléphone : 09 69 32 80 28

Adresse : MALAKOFF HUMANIS
GESTION ASSURANCE
78288 GUYANCOURT CEDEX

Espace client : malakoffhumanis.com

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

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

Pensez à vous connecter sur votre Espace Client pour retrouver toutes vos informations, modifier vos données, suivre vos remboursements, accomplir les démarches en ligne.



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale

Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181

Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis, 21 rue Laffitte, 75009 Paris

malakoffhumanis.com

