

SNCF

Notice d'information santé

ENSEMBLE DU PERSONNEL SNCF

SNCF – SNCF RESEAU – SNCF VOYAGEURS – SNCF GARES & CONNEXIONS – SNCF OPTIM'SERVICES – FRET SNCF – HEXAFRET – TECHNIS – FILIALES SNCF VOYAGEURS

Édition mai 2025



Le groupement constitué de Malakoff Humanis Prévoyance, MGC et Carcept Prévoyance assure et gère vos garanties Frais de santé sous la forme d'un régime socle obligatoire, complété par trois régimes surcomplémentaires facultatifs. Cette notice d'information est destinée à vous informer sur l'ensemble de vos garanties.

Les organisations syndicales représentatives et le Groupe SNCF ont signé le 19 novembre 2024 de nouveaux accords collectifs relatifs à la protection sociale complémentaire des salariés contractuels et statutaires.

Les objectifs des négociateurs ont été notamment les suivants :

- Prendre en compte la nouvelle structure du groupe SNCF et ses évolutions futures ;
- S'assurer de la cohérence de son cadre de protection sociale ;
- Contribuer à l'amélioration des conditions de vie des salariés bénéficiaires et favoriser leur accès à la santé dans de meilleures conditions ;
- Proposer un niveau de protection sociale complémentaire se situant dans les bons standards des grandes entreprises françaises.

Le régime frais de santé socle est collectif, obligatoire, solidaire et responsable.
En plus de ce dispositif, si vous souhaitez améliorer le niveau de vos remboursements, vous pouvez opter pour des régimes surcomplémentaires facultatifs en fonction de vos besoins.



Les sociétés SNCF – SNCF RESEAU – SNCF VOYAGEURS – SNCF GARES & CONNEXIONS – SNCF OPTIM'SERVICES – FRET SNCF – HEXAFRET – TECHNIS – FILIALES SNCF VOYAGEURS * sont dénommées dans la présente notice : les entités SNCF.

() les filiales visées sont les filiales qui sont ou seront créées par SNCF Voyageurs en réponse à l'appel d'offres d'une autorité organisatrice de transport de voyageurs dans le cadre de l'ouverture à la concurrence, et détenues majoritairement par SNCF Voyageurs, de façon directe ou indirecte (filiale au sens de l'article L.233-1 du Code de commerce).*

Vos organismes assureurs

Votre régime est coassuré par :

- Malakoff Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale dont le siège social est sis 21 rue Laffitte, 75009 Paris
- Carcept Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale dont le siège social est situé 4 rue Georges Picquart, 75017 PARIS
- Mutuelle Générale des Cheminots – MGC, Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 2 et 4 place de l'Abbé G. Hénocque 75013 PARIS

Malakoff Humanis Prévoyance est désigné interlocuteur unique du souscripteur pour la négociation des conditions du contrat et son renouvellement. Le présent contrat est régi par le Code de la sécurité sociale. Il sera fait application des dispositions du Code de la Mutualité si celui-ci vous est plus favorable.

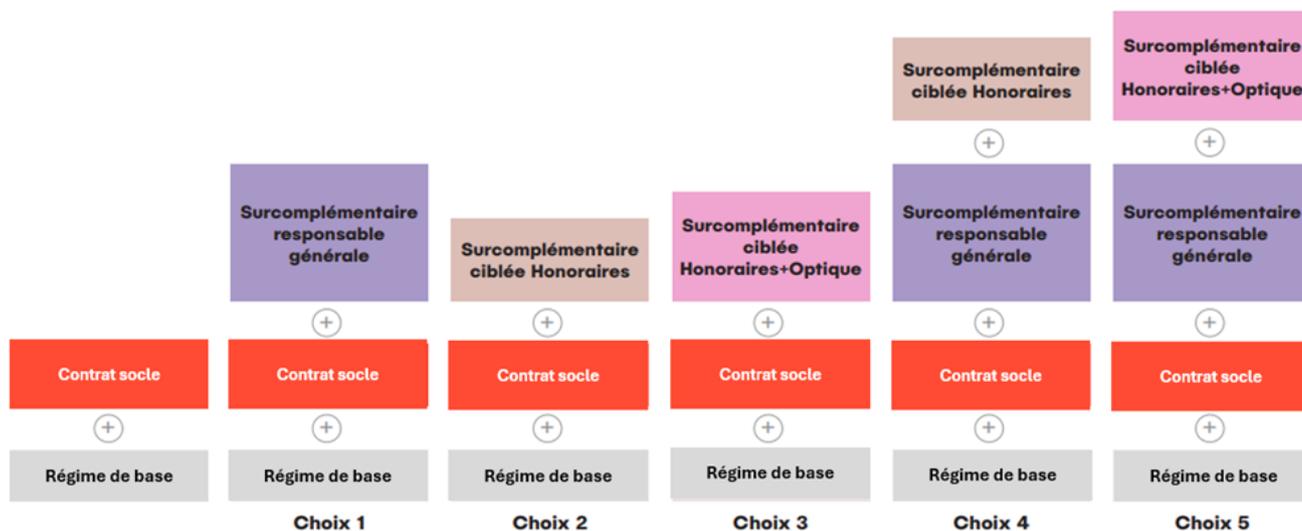
Dans la notice vos organismes assureurs sont désignés comme « l'organisme assureur » ou « Malakoff Humanis »

Sommaire

TOUT SUR VOTRE CONTRAT - VOTRE AFFILIATION	4
ET CELLE DE VOS AYANTS DROIT	4
DEFINITIONS UTILES POUR COMPRENDRE VOS GARANTIES	9
DETAIL DE VOS GARANTIES	11
VOTRE CONTRAT EN PRATIQUE.....	21
EXCLUSIONS ET LIMITES DE GARANTIES.....	26
VOS SERVICES.....	27
VOTRE ESPACE ASSURE	29
MAINTIEN DES GARANTIES	30
INFORMATIONS LEGALES ET REGLEMENTAIRES	32
LES ACTIVITES SOCIALES	34

TOUT SUR VOTRE CONTRAT - VOTRE AFFILIATION ET CELLE DE VOS AYANTS DROIT

Niveaux de garanties



Votre employeur a choisi de vous faire bénéficier d'un contrat **socle obligatoire** qui peut être renforcé par **1 ou 2 surcomplémentaires** pour mieux couvrir vos dépenses de santé.

Nous prenons en charge les dépenses indiquées au(x) tableau(x) de garanties. Seules les garanties y figurant sont prises en charge.

Ces dépenses doivent être liées à une maladie, une maternité ou un accident.

Il est précisé que le cumul des remboursements versés par la Sécurité sociale et par Malakoff Humanis au titre des contrats souscrits n'excède jamais le montant des frais engagés.

Vous bénéficiez également de garanties d'**assistance** au titre de votre inscription au contrat socle obligatoire

Votre employeur a choisi la structure de cotisation suivante :

Socle

• Salarié + Enfant	Vous et vos enfants à charge bénéficiez obligatoirement des garanties santé	La cotisation est en partie prise en charge par votre employeur et prélevée en paie
• Conjoint	Vous pouvez choisir d'inscrire votre conjoint	La cotisation supplémentaire à votre charge est appelée par Malakoff Humanis

Surcomplémentaires « Responsable générale », « Honoraires » ou « Honoraires + Optique »

• Salarié + Enfant	Vous pouvez choisir de renforcer le socle par une, ou deux, surcomplémentaire(s)	La cotisation supplémentaire à votre charge est appelée par Malakoff Humanis
• Conjoint	Vous pouvez choisir d'inscrire votre conjoint	La cotisation supplémentaire à votre charge est appelée par Malakoff Humanis

A SAVOIR

Dans tous les cas, le conjoint est affilié aux mêmes surcomplémentaires que l'assuré et la cotisation correspondante est appelée par Malakoff Humanis.



Qui est couvert par le contrat Santé ?

- Vous-même, en tant que salarié affilié au régime, ainsi que vos enfants à charge,
- Votre conjoint/concubin, à titre facultatif.

Quels sont vos bénéficiaires ?

A SAVOIR



Vos bénéficiaires doivent être affiliés à un régime de Sécurité sociale français. Ceux qui ne sont pas affiliés à un régime de Sécurité sociale français ne peuvent donc pas bénéficier du régime et n'entrent pas dans le champ d'application du contrat.

Vos enfants à charge sont vos enfants ou ceux de votre conjoint (tel que défini ci-dessus), qui remplissent, au jour de l'événement ouvrant droit à prestations, les conditions suivantes :

- Être âgés de moins de 18 ans,
- Être âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans s'ils continuent leurs études secondaires ou supérieures ou s'ils sont en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
- Sans condition d'âge, bénéficier d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou être titulaires de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action et des familles sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge prévue ci-dessus (18 ou 26 ans sous conditions).
- Les enfants nés viables dans les 300 jours suivant le décès de l'assuré.

Votre conjoint est, au jour de l'événement ouvrant droit à prestations :

- Votre époux ou épouse non-séparé(e) de corps judiciairement, ni divorcé(e), avec présentation d'une copie du livret de famille,
- Ou à défaut, votre partenaire lié par un pacs en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil,
- Ou à défaut, votre concubin, c'est-à-dire la personne vivant en couple avec vous au sens de l'article 515-8 du Code civil depuis au moins 1 an, sous réserve de présenter une attestation sur l'honneur de concubinage signée par les 2 concubins et un justificatif de domicile commun (par exemple, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...).
- Ce délai est supprimé si au moins une des conditions suivantes est remplie :
 - Un enfant est issu de la vie commune,
 - Un prêt au logement est contracté solidairement pour l'acquisition de la résidence principale.

Formalités d'inscription

Lorsque les données nécessaires à votre inscription sont transmises automatiquement par votre employeur, nous

mettons à votre disposition un parcours d'inscription 100 % en ligne afin de faciliter vos démarches.

Dès réception du 1^{er} mail de Malakoff Humanis, vous devez :

- créer votre espace assuré
- réaliser votre inscription (vérifier ou modifier les informations préremplies, éventuellement choisir vos surcomplémentaires, inscrire les éventuels membres de votre famille et compléter vos coordonnées)
- valider vos informations (RIB et mandat SEPA)
- signer en ligne.

En cas de difficulté pour vous affilier dans le cadre du parcours en ligne, vous pouvez contacter le numéro dédié SNCF : 09 69 39 60 22.

Quand votre affiliation est-elle effective ?

Votre **affiliation au régime socle obligatoire** prend effet :

- dès le premier jour de votre embauche en tant que salarié au sein des entités SNCF mentionnées aux accords ;
- ou à la date de la mise en place du contrat au 1^{er} Mai 2025, pour les salariés déjà présents.

Vous êtes, en tant que salarié affilié, dénommé « assuré » dans cette notice.

A SAVOIR

Des cas de dispense au régime socle frais de santé ont été prévus. Pour toute information sur ce sujet, il conviendra de vous rapprocher de Malakoff Humanis, ou de consulter la page dédiée de Malakoff Humanis en flashant le QR code ci-dessous :



Comment vérifier votre situation de famille ?

Vous avez la possibilité de visualiser vos bénéficiaires sur votre espace assuré sur internet. Le mode d'accès est détaillé dans la partie « les services associés à votre contrat ». Vous pouvez, de plus, les mettre à jour sur ce même espace. Rendez-vous sur : malakoffhumanis.com

Les pièces nécessaires à l'affiliation

Votre bénéficiaire va bénéficier des mêmes prestations que vous. Certains documents nous sont donc nécessaires pour l'affilier. Vous devez adresser à Malakoff Humanis :

- **Pour vous-même l'assuré** : Un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement des prestations et le versement des cotisations aux régimes surcomplémentaires facultatifs et/ou du conjoint (NB. un seul RIB par famille). A noter : dans un second temps, vous pourrez demander, si vous le souhaitez, l'ajout du RIB de votre conjoint ou de vos enfants ayant leur propre numéro de Sécurité sociale.

- Et, un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations si ce mode de paiement est choisi par l'assuré au titre de l'affiliation de son conjoint et/ou de ses à titre facultatif.

- **Pour l'ensemble des assurés et ayants droit** : la photocopie de l'attestation de droits du régime de Sécurité sociale dont relève l'assuré.

Pour votre partenaire lié par un PACS : Un acte de naissance daté de moins de 3 mois avec la mention du PACS

- **Pour votre concubin** :
 - Une attestation sur l'honneur de concubinage signée par les 2 concubins,
 - Et un justificatif de domicile commun (par exemple, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...).

Et le cas échéant, une copie :

- du livret de famille avec mention d'un enfant issu de la vie commune,
- de tout justificatif du prêt au logement contracté solidairement pour l'acquisition de la résidence principale commune.
- **Pour les enfants à charge qui ne figurent pas sur l'attestation de carte vitale de l'assuré** :

Selon le cas, une copie :

- du certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année),
- du contrat d'apprentissage ou d'alternance,
- de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion, de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé.

Païement et recouvrements des cotisations :

Comment payer la cotisation sur le contrat socle obligatoire ?

Dans le cadre du régime socle à adhésion obligatoire, votre employeur est le seul responsable du paiement des cotisations à Malakoff Humanis. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement aux échéances prévues.

Comment payer la cotisation due au titre de l'inscription facultative de votre conjoint ?

Vous êtes responsable du paiement des cotisations dues au titre de l'inscription facultative de votre conjoint. Vous pouvez payer les cotisations, qui comprennent les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, mensuellement d'avance dans les **15 premiers jours** de chaque mois civil, par **prélèvement automatique** sur votre compte bancaire ou par virement bancaire.

Comment payer la cotisation sur les contrats surcomplémentaires ?

Dans le cadre des contrats surcomplémentaires à adhésion facultative, vous êtes responsable du paiement des cotisations. Vous pouvez payer les cotisations, qui comprennent les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, mensuellement d'avance dans les **15 premiers jours** de chaque mois civil, par **prélèvement automatique** sur votre compte bancaire ou par **virement bancaire**.

Proratation des cotisations

Vous n'êtes redevable que de la partie de cotisation correspondante à la période pendant laquelle le risque est couvert. Cette période est calculée à compter de la date de début de l'adhésion ou de l'inscription jusqu'à la date de la dénonciation ou de la résiliation.

CONSEIL PRATIQUE

Comment demander une copie de votre attestation VITALE ?



Selon votre régime d'affiliation :

- **CPAM** : Par téléphone au **3646**, en agence via une borne (obtention immédiate) ou sur **www.ameli.fr**.
- **CPRPF** : Par téléphone au **04 95 04 04 04** ou sur **www.cprpf.fr**.



MODIFICATIONS DE L’AFFILIATION ET ADHESION A UNE OU PLUSIEURS SURCOMPLEMENTAIRE(S)

Changement de situation familiale (changement d’état civil et/ou de bénéficiaire)

En cas de naissance ou d’arrivée d’un nouvel enfant à charge dans le foyer, il vous appartient de déclarer ce nouveau bénéficiaire directement depuis votre espace assuré Malakoff Humanis, en fournissant les pièces justificatives demandées.

A noter : l’ajout des enfants n’a pas d’incidence sur la cotisation du salarié.

Malakoff Humanis traite la déclaration d’affiliation et transmet une carte de tiers payant correspondant à la nouvelle situation.

Tout changement de situation de famille susceptible d’avoir une incidence sur les droits aux « Frais de Santé » (ex : divorce, séparation ou décès d’un bénéficiaire, etc.) doit être déclaré à Malakoff Humanis.

Pour toute question, vous pouvez contacter la hotline Malakoff Humanis au 09 69 39 60 22 du lundi au vendredi de 8h30 à 19h (appel non surtaxé).

Surcomplémentaires

Adhésion à la (ou aux) surcomplémentaire(s) :

L’adhésion à une ou plusieurs surcomplémentaire(s) est **facultative**. La cotisation correspondante **est à votre charge exclusive (absence de participation patronale)**. Elle est prélevée par Malakoff Humanis directement sur votre compte bancaire.

L’adhésion se fait directement auprès de Malakoff Humanis **au moment de l’embauche**, sur l’Espace affiliation (parcours en ligne) ou à l’aide d’un bulletin individuel d’affiliation papier à retourner directement à Malakoff Humanis.

Si vous n’avez pas souscrit la surcomplémentaire pour vous et vos enfants à votre charge au moment de votre embauche, vous pouvez le faire **ultérieurement** :

- Dans les 3 mois qui suivent votre embauche. La prise d’effet est le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.
- Au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve d’en faire la demande auprès de Malakoff Humanis au plus tard le 30 novembre de l’année qui précède.
- En cas de changement :
 - de situation familiale (ex : mariage, PACS, concubinage, divorce, naissance, etc.),
 - de situation professionnelle (ex : passage à temps partiel, fin de congé parental, etc.),

Dans ces deux situations, la prise d’effet est au 1^{er} jour du mois civil suivant la demande, sous réserve qu’elle parvienne à Malakoff Humanis dans les 3 mois suivant l’évènement.

Vous avez finalisé votre adhésion à la (ou aux) surcomplémentaire(s) et vous changez d’avis, **vous pouvez renoncer à votre demande d’adhésion dans les 30 jours qui suivent la confirmation de votre adhésion** en effectuant la demande par lettre ou tout autre support durable envoyé à Malakoff Humanis ou votre espace assuré. Si vous avez reçu des prestations, vous devrez nous les rembourser en totalité, avant toute restitution de notre part.

Modèle de rédaction destiné à faciliter l’exercice du droit de renonciation :

« Je soussigné(e) (nom, prénom) ..., qui demeure (adresse complète) déclare renoncer à mon inscription facultative et celle des membres de ma famille dans le cadre du contrat surcomplémentaire n°....., qui a débuté le »

Dénonciation de la (ou des) surcomplémentaire(s) :

Vous pouvez dénoncer votre affiliation à la (aux) surcomplémentaire(s). Cette dénonciation produit ses effets vis-à-vis de vous-même et de l’ensemble de vos bénéficiaires qui vous sont rattachés (enfants et conjoint).

La dénonciation peut être demandée dans les conditions suivantes :

- **Au cours de la première année d’affiliation : uniquement avant le 31 octobre de la première année d’affiliation** (avec effet de la dénonciation au 31 décembre minuit) ;
- **Après un an d’affiliation : à tout moment avec effet le mois suivant**, de date à date à compter de la réception de la demande par Malakoff Humanis.

Nota : la dénonciation peut avoir lieu dans un délai d’un mois suivant la mise à jour de la notice d’information en cas d’évolutions des garanties (avec effet le mois suivant, de date à date à compter de la réception de la demande par Malakoff Humanis).

En tout état de cause, vous restez affilié au contrat socle obligatoire (le cas échéant avec les enfants à votre charge au sens du contrat).

Nouvelle adhésion après dénonciation de la (ou des) surcomplémentaire(s) :

Une nouvelle adhésion à la (aux) surcomplémentaire(s) dénoncée(s) est possible à l’issue d’un délai de deux années civiles suivant la dénonciation. Vous pourrez demander à nouveau l’adhésion à la (aux) surcomplémentaire(s) dénoncée(s) **à partir du 1^{er} janvier de la 3^e année suivant la dénonciation**. La demande de modification devra parvenir à Malakoff Humanis avant le 30 novembre pour une prise d’effet au 1^{er} janvier suivant.

Ce délai ne s’applique pas en cas de changement de situation familiale ou professionnelle. Dans ce dernier cas, le retour dans la surcomplémentaire dénoncée est possible sans délai avec un effet au 1^{er} jour du mois civil suivant la demande.

Modification de la (ou des) surcomplémentaire(s) :

Vous pouvez modifier vos choix d’adhésion et vous orienter vers un autre niveau de surcomplémentaire dans les 3 mois qui suivent :

- Un changement de situation de famille ou de situation professionnelle,
- Toute modification par l’assureur d’une des couvertures facultatives choisies.

Le changement de niveau de surcomplémentaire intervient au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande par Malakoff Humanis.

En dehors des cas ci-dessus, vous pouvez modifier votre choix tous les 2 ans, la demande de modification devant parvenir à l’assureur avant le 30 novembre pour une prise d’effet au 1^{er} janvier suivant.

IMPORTANT : après une adhésion, une dénonciation, ou une modification à la surcomplémentaire responsable générale, Malakoff Humanis transmet une nouvelle carte de tiers-payant au salarié et/ou à ses ayants droit. Toute carte remplacée ne doit plus être utilisée.

Communication de votre demande à Malakoff Humanis

Pour dénoncer, modifier votre adhésion à la (ou aux) surcomplémentaire(s) vous devez bien préciser votre demande en l'effectuant par lettre ou tout autre support durable (définition page 10) envoyé à Malakoff Humanis ou en effectuant une demande via l'espace assuré :

Exemple : *j'ai initialement choisi la surcomplémentaire responsable générale + la surcomplémentaire non responsable « honoraires + optique », je peux donc :*
-soit revenir à la surcomplémentaire non responsable « honoraires » et conserver la surcomplémentaire responsable,
-soit dénoncer mon inscription à la surcomplémentaire non responsable « honoraires + optique » et conserver la surcomplémentaire responsable générale,
-soit dénoncer mon inscription aux 2 contrats surcomplémentaires et revenir uniquement au régime socle obligatoire.

Couverture du conjoint

Adhésion du conjoint

L'adhésion du conjoint est **facultative**. La **cotisation correspondante est à votre charge exclusive (absence de participation patronale)**. Elle est prélevée par Malakoff Humanis directement sur le compte bancaire que vous avez indiqué.

L'adhésion se fait directement auprès de Malakoff Humanis **au moment de l'embauche**, sur l'Espace affiliation (parcours en ligne) ou à l'aide d'un bulletin individuel d'affiliation.

Vous pouvez également demander l'affiliation de votre conjoint, **dans les 3 mois qui suivent** :

- la date de votre embauche,
- un changement de situation familiale (mariage, Pacs, concubinage ou naissance...)
- un changement de situation professionnelle de votre conjoint.

Dans ces situations, la prise d'effet est au 1^{er} jour du mois civil suivant la demande.

En dehors des cas ci-dessus, vous pouvez demander l'affiliation de votre conjoint **au 1^{er} janvier de chaque année** sous réserve que la demande soit adressée avant le 30 novembre précédent.

Important : Le conjoint affilié au dispositif santé bénéficie du même niveau de couverture que vous :

- Si vous n'avez pas adhéré à une surcomplémentaire, votre conjoint sera affilié au régime socle ;
- Si vous avez adhéré à une ou plusieurs surcomplémentaires, votre conjoint bénéficiera également de la (ou des) même(s) surcomplémentaire(s) que vous.

Vous avez finalisé l'adhésion de votre conjoint et vous changez d'avis, **vous pouvez renoncer à la demande d'adhésion de votre conjoint dans les 30 jours qui suivent la confirmation de son adhésion** en effectuant la demande par lettre ou tout autre support durable envoyé à Malakoff Humanis sur votre espace assuré.

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :
« Je soussigné(e) (nom, prénom), qui demeure (adresse complète) déclare renoncer à l'inscription facultative de mon conjoint, qui a débuté le »

Dénonciation de l'adhésion du conjoint

Vous pouvez dénoncer l'affiliation de votre conjoint.

La dénonciation peut être demandée dans les conditions suivantes.

- Au cours de la première année d'affiliation du conjoint : le 31 octobre de la première année d'affiliation (avec effet de la dénonciation au 31 décembre minuit) ;
- Après un an d'affiliation du conjoint : à tout moment avec effet le mois suivant, de date à date à compter de la réception de la demande par Malakoff Humanis.

Nota : la dénonciation peut avoir lieu dans un délai d'un mois suivant la mise à jour de la notice d'information en cas d'évolutions de vos des garanties (avec effet le mois suivant, de date à date à compter de la réception de la demande par Malakoff Humanis).

Nouvelle adhésion conjoint après une dénonciation de son adhésion

En cas de dénonciation de l'adhésion de votre conjoint, vous pourrez de nouveau demander son adhésion à partir du 1^{er} janvier de la 3^e année suivant la dénonciation. La demande de modification devra parvenir à Malakoff Humanis avant le 30 novembre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant.

DEFINITIONS UTILES POUR COMPRENDRE VOS GARANTIES

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

Forfait maternité : Un forfait destiné à rembourser les frais afférents à la naissance, est versé pour la naissance d'un enfant de l'assuré, déclaré à l'état civil. Il est doublé en cas de naissance multiple.

Pour l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans par l'assuré, le même forfait est versé.

Seule la naissance d'un enfant de l'assuré (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même, en cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par l'assuré lui-même.

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) : Tarif servant de base de calcul à la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. Les BR sont consultables sur le site www.ameli.fr.

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

Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire (CPRPF) : la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire (ci-après CPRPF) est l'organisme autonome de sécurité sociale qui gère le régime général et le régime spécial dont relèvent les salariés de la CCN ferroviaire.

Contrat socle : Contrat collectif complémentaire qui intervient immédiatement après la Sécurité sociale et avant un éventuel contrat surcomplémentaire.

Contrat surcomplémentaire : Contrat qui intervient sous déduction du remboursement opéré par la Sécurité sociale et le contrat socle dans la limite des frais réels.

Contrat responsable : Contrat qui respecte les conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même Code.

Contrat non responsable : Contrat qui ne respecte pas les obligations du cahier des charges "contrat responsable".

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

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique. Les professionnels de santé conventionnés qui exercent en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement qui ont choisi un de ces dispositifs sont consultables sur annuaire.sante.ameli.fr.

Forfait Patient Urgence : La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a prévu la mise en place du forfait patient urgence pour les passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. Désormais, la facturation est modifiée et fixée forfaitairement quels que soient les actes et soins médicaux. Le remboursement est réalisé dans les mêmes conditions que l'était celui du ticket modérateur.

Franchise : Somme déduite par la Sécurité sociale – et non prise en charge par le contrat responsable - de vos remboursements sur les médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires.

Honoraires : Honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.

- Frais de chambre particulière.
- Forfait hospitalier.
- Lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant affilié de moins de 16 ans. 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 ».

Hospitalisation chirurgicale et médicale y compris maternité :

- 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).
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.
- Frais de chambre particulière.
- Forfait hospitalier.
- Lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant affilié de moins de 16 ans. 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 ».

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

Limitation des chambres particulières : Sont prises en charge, les chambres particulières :

- Expressément demandées par l'assuré ;
- Dont les tarifs sont publiquement affichés ;
- Faisant l'objet d'une facturation justifiée par l'établissement hospitalier.

En tout état de cause, ne peuvent donner lieu à remboursement :

- Les appartements privés ;

- Les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.

Limitation pour l'hospitalisation médicale et l'hospitalisation à domicile : La prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation et cesse, au plus tard, au 365^e jour suivant ou en cas de psychiatrie au 180^e jour. 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.

Si l'hospitalisation à domicile n'est pas séparée de plus de 10 jours d'une hospitalisation médicale dans un établissement hospitalier, les séjours seront considérés comme une seule et même hospitalisation pour le calcul de la durée de prise en charge de 365 jours ou 180 jours. En cas d'hospitalisation médicale, les frais de chambre particulière, les frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans bénéficiaire du contrat sont aussi limités à 365 jours ou à 180 jours en cas de séjour en psychiatrie.

Médecine Additionnelle : Prise en charge des actes indiqués dans le tableau des garanties. Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, 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.

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 2025 : 3 925 €

Prévention : Prise en charge au titre de chaque poste concerné par ces actes, des sept actes de prévention suivants, prévus par l'arrêté du 8 juin 2006 :

- Le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1^{res} et 2^{es} 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 dix-huit mois.

Dispositif Mon Soutien Psy : La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a prévu la prise en charge de séances d'accompagnement psychologique dans le cadre du dispositif « Mon Soutien Psy ». Votre contrat rembourse le ticket modérateur des séances effectuées dans le cadre de ce dispositif

Régime spécial : Maternité, invalidité et vieillesse géré par la CPRPF pour le personnel statutaire de la SNCF.

Sécurité sociale (Régime obligatoire) : Régime général ou local de Sécurité sociale française.

Support durable : Tout instrument permettant à l'utilisateur de services de paiement de stocker les informations qui lui sont personnellement adressées d'une manière telle que ces informations puissent être consultées ultérieurement pendant une période adaptée à leur finalité et reproduites à l'identique (clé USB, email, disque dur d'ordinateur).

Structures mobiles d'urgence et de réanimation : Ne sont pas pris en charge par notre organisme 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. Ces actes ne donnent 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).

Tarif d'autorité : Base de remboursement forfaitaire permettant de calculer le remboursement de la Sécurité sociale pour les soins des professionnels non conventionnés. Assurés par des Structures Mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)

Ticket Modérateur (TM) : Différence entre le montant de la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par la Sécurité sociale.

Reste à Charge : Part des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de la Sécurité sociale et de l'assureur.

Renonciation : Faculté de renoncer à votre inscription dans les 30 jours du début de celle-ci.

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

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

DETAIL DE VOS GARANTIES

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues dans cette notice.

Les remboursements sont limités aux frais réels. Les garanties s'entendent également y compris les remboursements réels ou fictifs de la Sécurité sociale (sauf pour les forfaits en euros ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité Sociale à l'exception de la garantie optique).



Présentation des garanties

Hospitalisation

	Complémentaire obligatoire		Surcomplémentaire			
	Socle	Socle	responsable	honoraire	honoraire et optique	honoraire et optique
			responsable	responsable	responsable	responsable
HOSPITALISATION (1)						
Frais de séjour						
En établissement conventionné	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
En établissement non conventionné	250% BRSS	550% BRSS	250% BRSS	250% BRSS	550% BRSS	550% BRSS
Honoraires						
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	200% BRSS	200% BRSS	600% BRSS	600% BRSS	600% BRSS	600% BRSS
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* non conventionné	250% BRSS	250% BRSS	250% BRSS	250% BRSS	250% BRSS	250% BRSS
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* non conventionné	200% BRSS	200% BRSS	550% BRSS	550% BRSS	550% BRSS	550% BRSS
Actes techniques médicaux (externat)						
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée conventionné*	200% BRSS	200% BRSS	600% BRSS	600% BRSS	600% BRSS	600% BRSS
Actes d'imagerie médicale						
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée conventionné	200% BRSS	200% BRSS	600% BRSS	600% BRSS	600% BRSS	600% BRSS
Forfait journalier hospitalier (2) non remboursé par la Sécurité sociale	100% FR sans limitation de durée	100% FR sans limitation de durée	100% FR sans limitation de durée	100% FR sans limitation de durée	100% FR sans limitation de durée	100% FR sans limitation de durée
Forfait patient urgence (10)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris soins courants)	100% de la participation forfaitaire	100% de la participation forfaitaire	100% de la participation forfaitaire	100% de la participation forfaitaire	100% de la participation forfaitaire	100% de la participation forfaitaire
Chambre particulière (3) non remboursée par la Sécurité sociale Par nuitée, par journée (hospitalisation en ambulatoire)	2,50% PMSS	5,75% PMSS (conventionné) 4,75% PMSS (non conventionné) Maternité 3% PMSS	2,50% PMSS	2,50% PMSS	5,75% PMSS (conventionné) 4,75% PMSS (non conventionné) Maternité 3% PMSS	5,75% PMSS (conventionné) 4,75% PMSS (non conventionné) Maternité 3% PMSS
Frais d'accompagnant (lit, transport, repas) non remboursé par la Sécurité sociale – sur présentation d'une facture (3) Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans – par nuitée	2,50% PMSS	5,75% PMSS	2,50% PMSS	2,50% PMSS	5,75% PMSS	5,75% PMSS
Hospitalisation à domicile (prise en charge par la Sécurité sociale)						
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	200% BRSS	200% BRSS	600% BRSS	600% BRSS	600% BRSS	600% BRSS
Forfait maternité ou adoption plénière Par enfant	20% PMSS	25% PMSS	20% PMSS	20% PMSS	25% PMSS	25% PMSS



Présentation des garanties

Dentaire

	Complémentaire obligatoire	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraire	Surcomplémentaire honoraire et optique	Surcomplémentaire honoraire	Surcomplémentaire honoraire et optique
	Socle	Socle				
	DENTAIRE (auprès d'un professionnel)					
Soins et prothèses 100 % Santé**	sans reste à payer	sans reste à payer	sans reste à payer	sans reste à payer	sans reste à payer	sans reste à payer
Soins et prothèses autres que 100% Santé						
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, gingivectomie	100% BRSS	400% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	400% BRSS	400% BRSS
Inlay-onlay	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	100% BRSS	400% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	400% BRSS	400% BRSS
Parodontologie, gingivectomie non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	150 €	300 €	150 €	150 €	300 €	300 €
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (hors inlay-core)						
- Incisives, canines, prémolaires et molaires	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS
- Couronne sur implant	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS
Inlay-core	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS
Bridge	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS	450% BRSS
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (couronnes et piliers de bridges sur dents saines et prothèses transitoires) - par acte	360 €	540 €	360 €	360 €	540 €	540 €
Implantologie Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire - par implant, 3 implants maximum par an et par bénéficiaire	400 €	500 €	400 €	400 €	500 €	500 €
Orthodontie (4)						
Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	300% BRSS	375% BRSS	300% BRSS	300% BRSS	375% BRSS	375% BRSS
Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	580,50 €	726 €	580,50 €	580,50 €	726 €	726 €



Présentation des garanties

Optique

	Complémentaire obligatoire	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraire	Surcomplémentaire honoraire et optique	Surcomplémentaire honoraire	Surcomplémentaire honoraire et optique
	Socle	Socle				
	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) (9) Y compris facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien	sans reste à payer	sans reste à payer	sans reste à payer	sans reste à payer	sans reste à payer	sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) (9) Y compris le remboursement de la sécurité sociale - Par bénéficiaire						
Monture	100 € (inclus dans l'équipement)	100 € (inclus dans l'équipement)	100 € (inclus dans l'équipement)	100 € (inclus dans l'équipement)	100 € (inclus dans l'équipement)	100 € (inclus dans l'équipement)
Équipement avec 2 verres simples y compris monture	260 €	420 €	260 €	410 €	420 €	570 €
Équipement avec 2 verres complexes y compris monture	670 €	700 €	670 €	970 €	700 €	1000 €
Équipement avec 2 verres très complexes y compris monture	800 €	800 €	800 €	1250 €	800 €	1250 €
Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

Lentilles						
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (13)	200 € (100% BRSS minimum)	300 € (100% BRSS minimum)	200 € (100% BRSS minimum)	200 € (100% BRSS minimum)	300 € (100% BRSS minimum)	300 € (100% BRSS minimum)
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (13)	200 €	300 €	200 €	200 €	300 €	300 €
Chirurgie optique réfractive Par œil et par bénéficiaire	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €

*Voir définitions page 15



Présentation des garanties

Audition

	Complémentaire obligatoire	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraire	Surcomplémentaire honoraire et optique	Surcomplémentaire honoraire	Surcomplémentaire honoraire et optique
					Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire responsable
					Socle	
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille, renouvellement tous les 4 ans						
Équipement 100 % Santé**(classe I***)	sans reste à payer	sans reste à payer	sans reste à payer	sans reste à payer	sans reste à payer	sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé (classe II***) Limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale						
Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par oreille et par bénéficiaire	100% BRSS + 1 000 €	100% BRSS + 1 000 €	100% BRSS + 1 000 €	100% BRSS + 1 000 €	100% BRSS + 1 000 €	100% BRSS + 1 000 €
Accessoires et fournitures	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS



Présentation des garanties

Soins courants

	Complémentaire obligatoire	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraire	Surcomplémentaire honoraire et optique	Surcomplémentaire honoraire	Surcomplémentaire honoraire et optique
					Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire responsable
					Socle	
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux Consultation / visite / consultation en ligne						
Chez un généraliste Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BRSS	200% BRSS	500% BRSS	500% BRSS	500% BRSS	500% BRSS
Chez un spécialiste Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BRSS	200% BRSS	500% BRSS	500% BRSS	500% BRSS	500% BRSS
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Acte techniques médicaux Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné ou non	200% BRSS	200% BRSS	550% BRSS	550% BRSS	550% BRSS	550% BRSS
Actes d'imagerie médicale Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BRSS	200% BRSS	550% BRSS	550% BRSS	550% BRSS	550% BRSS

Honoraires paramédicaux, frais de déplacement	100% BRSS	600% BRSS (conventionné) 500% BRSS (non conventionné)	100% BRSS	100% BRSS	600% BRSS (conventionné) 500% BRSS (non conventionné)	600% BRSS (conventionné) 500% BRSS (non conventionné)
Dispositif Mon soutien Psy Consultation de Psychologue, remboursée par la Sécurité Sociale (12)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Analyses et examens de laboratoire	100%BRSS 300 % BR (relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C)	600% BRSS (conventionné) 500% BRSS (non conventionné)	300% BR (relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C)	300% BR (relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C)	600% BRSS (conventionné) 500% BRSS (non conventionné)	600% BRSS (conventionné) 500% BRSS (non conventionné)
Matériel médical Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	250% BRSS	480% BRSS	250% BRSS	250% BRSS	480% BRSS	480% BRSS
Non remboursé par la SS : Orthopédie, prothèses, accessoires, appareillages non remboursés par l'AMO (hors auditives, dentaires et optique), inscrits sur la Liste des Produits et des Prestations (LPP)	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
Fauteuil roulant	480% BRSS	480% BRSS	480% BRSS	480% BRSS	480% BRSS	480% BRSS
Frais de transport sanitaire Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (5)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale						
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale.	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel par bénéficiaire		23,50% PMSS			23,50% PMSS	23,50% PMSS
Cures thermales non remboursées par la Sécurité sociale						
Forfait transport et hébergement thermal, honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale- forfait global annuel	-	17% PMSS	-	-	17% PMSS	17% PMSS
Médicaments						
Médicaments remboursés à 65% (11)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments remboursés à 30% (11)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments remboursés à 15% (11)	15% BRSS	100% BRSS	15% BRSS	15% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Préparation magistrale remboursable à 65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Vaccin préventif du cancer du col de l'utérus remboursé par la Sécurité sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale						
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	-	150 € / an / bénéficiaire	-	-	150 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale						
Vaccin préventif du cancer du col de l'utérus remboursé par la Sécurité sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale						
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	-	150 € / an / bénéficiaire	-	-	150 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale						



Présentation des garanties Médecine additionnelle

	Complémentaire obligatoire	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraire	Surcomplémentaire honoraire et optique	Surcomplémentaire honoraire	Surcomplémentaire honoraire et optique
	Socle	Socle				
MEDECINE ADDITIONNELLE						
Médecine additionnelle et de prévention (sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel) - non remboursée par la sécurité sociale Acupuncteur, Ostéopathe, Chiropracteur, Psychomotricien, Pédicure/Podologue, Diététicien, Psychologue, Tabacologue	150 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire			
Actes spécifiques						
Amniocentèse non remboursée par la Sécurité Sociale - par acte	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €
Actes de prévention Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

Le lexique

BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

BR - SS = 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 de deux euros ou d'une franchise).

RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale).

RC = Régime complémentaire.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2025 : 3 925 €)

* **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 maximums fixés.

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

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

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

(3) La prise en charge est limitée à 180 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre en ambulatoire correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

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

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

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

(8) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr)

(9) **L'équipement optique de "classe A"** est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du "100% santé".

L'équipement optique de "classe B" : cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le Tableau de garanties.

(10) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

(11) Médicaments délivrés par des pharmacies d'officine et pharmacies autorisées à vendre sur internet telles que répertoriées par l'Ordre National des Pharmaciens sur son site www.ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search. Médicaments identifiables par leurs taux de TVA : 2,1%, 5,5% ou 10%. Les produits vendus en pharmacie au taux de 20% ne relèvent pas de la garantie."

(12) Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale. Liste des psychologues référencés disponible sur monsoutienpsy.sante.gouv.fr

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

La définition des catégories de verres

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



ZOOM SUR LE 100 % SANTÉ

La réforme dite « 100 % santé » a été introduite dans votre contrat. 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

L'équipement optique est composé de **2 verres** et d'**1 monture**.

2 TYPES D'EQUIPEMENT :

- un équipement « 100 % santé » (« classe A ») sans reste à charge : vous êtes entièrement remboursé dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens.
- un équipement **autre que « 100 % santé »** (« classe B »), vous êtes libre dans le choix de l'équipement : il est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat « responsable » et dans les limites des garanties mentionnées au(x) tableau(x) de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés ainsi :

- soit 2 verres de « classe A » et 1 monture de « classe B »
 - soit 2 verres de « classe B » et 1 monture de « classe A ».
- 
- Si le tableau de garanties mentionne un **forfait unique (verres et monture)**, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à l'équipement du bénéficiaire, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».
 - Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits** pour chaque composante.

Les verres neutres ne sont pas remboursés, sauf condition d'appairage. Il s'agit de verres sans correction (dioptrie égale à 0).

A SAVOIR

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur.



	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Renouvellement ordinaire		
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	<ul style="list-style-type: none"> • 1 an suivant la dernière facturation • 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, • Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin, • Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin, • Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie, 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries, • Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> • Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle ordonnance médicale et comparaison avec l'ancienne, • Soit adaptation de l'ordonnance médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance. 	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle ordonnance médicale ophtalmologique
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres.	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle ordonnance médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

Dentaire

Vous avez le choix parmi 3 paniers de soins.

- des prothèses « 100 % Santé » sans reste à charge : vous êtes entièrement remboursé sans pouvoir dépasser les « honoraires limites de facturation » qui s'imposent aux dentistes
- des prothèses **à tarifs maîtrisés / modérés** : elles vous sont remboursées sans pouvoir dépasser les « honoraires limites de facturation » et les garanties prévues au(x) tableau(x) de garanties
- des prothèses **à tarifs libres** : vous êtes libre dans le choix des techniques et matériaux. Elles vous sont remboursées dans la limite des garanties prévues au(x) tableau(x) de garanties.

A SAVOIR

Le panier « 100 % santé » est constitué d'une sélection de couronnes, inlays core, bridges et les prothèses amovibles avec des matériaux prédéfinis en fonction de la localisation de la dent à soigner (visible ou non visible).



Audio

2 TYPES D'EQUIPEMENT :

- un équipement « 100 % santé » (« classe I ») sans reste à charge : vous êtes entièrement remboursé sans pouvoir dépasser les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes.
- un équipement **autre que « 100 % santé »** (« classe II ») : vous êtes libre dans le choix des prothèses. Il est remboursé dans les conditions fixées au(x) tableau(x) de garanties, qui respectent le plafond prévu dans le cadre du contrat responsable.

Ce plafond :

- inclut la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par la Sécurité sociale.
- n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive (telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires).

QUELS SONT LES DÉLAIS DE RENOUVELLEMENT ?

Le délai de renouvellement d'1 aide auditive par oreille est calculé à compter de la date de facturation du dernier équipement. Le renouvellement est possible **tous les 4 ans**.

Celui-ci doit avoir fait l'objet d'un remboursement de notre part ou de la part de la Sécurité sociale. Ce délai court indépendamment pour l'équipement de chaque oreille.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Hospitalisation

	Dépense	Remboursement Sécurité sociale	Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles				
			Complémentaire obligatoire			Surcomplémentaires optionnelles	
			Socle	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique	Surcomplémentaire responsable
Frais de séjour	1 023,16 €	818,53 €	204,63 € RAC* : 0,00 €	204,63 € RAC* : 0,00 €	204,63 € RAC* : 0,00 €	204,63 € RAC* : 0,00 €	204,63 € RAC* : 0,00 €
Frais de séjour Régime spécial	1 023,16 €	1 023,16 €	0,00 € RAC* : 0,00 €	0,00 € RAC* : 0,00 €	0,00 € RAC* : 0,00 €	0,00 € RAC* : 0,00 €	0,00 € RAC* : 0,00 €
Chambre particulière	1 100,00 €	0,00 €	981,25 € RAC* : 118,75 €	1 100,00 € RAC* : 0,00 €	981,25 € RAC* : 118,75 €	981,25 € RAC* : 118,75 €	1 100,00 € RAC* : 0,00 €
Forfait journalier	200,00 €	0,00 €	200,00 € RAC* : 0,00 €	200,00 € RAC* : 0,00 €	200,00 € RAC* : 0,00 €	200,00 € RAC* : 0,00 €	200,00 € RAC* : 0,00 €
Honoraires praticien conventionné non adhérent au DPTM**	1 200,00 €	320,00 €	320,00 € RAC* : 560,00 €	320,00 € RAC* : 560,00 €	880,00 € RAC* : 0,00 €	880,00 € RAC* : 0,00 €	880,00 € RAC* : 0,00 €

Dentaire

	Dépense	Remboursement Sécurité sociale	Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles				
			Complémentaire obligatoire			Surcomplémentaires optionnelles	
			Socle	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique	Surcomplémentaire responsable
Couronne remboursée par la Sécurité Sociale	550,00 €	72,00 €	468,00 € RAC* : 10,00 €	468,00 € RAC* : 10,00 €	468,00 € RAC* : 10,00 €	468,00 € RAC* : 10,00 €	468,00 € RAC* : 10,00 €
Couronne remboursée par le Régime Spécial	550,00 €	120,00 €	420,00 € RAC* : 10,00 €	420,00 € RAC* : 10,00 €	420,00 € RAC* : 10,00 €	420,00 € RAC* : 10,00 €	420,00 € RAC* : 10,00 €
Couronne non remboursée par la Sécurité Sociale	550,00 €	0,00 €	360,00 € RAC* : 190,00 €	540,00 € RAC* : 10,00 €	360,00 € RAC* : 190,00 €	360,00 € RAC* : 190,00 €	540,00 € RAC* : 10,00 €
Honoraire orthodontiste remboursé par la Sécurité Sociale (par semestre)	800,00 €	193,50 €	387,00 € RAC* : 219,50 €	532,13 € RAC* : 74,37 €	387,00 € RAC* : 219,50 €	387,00 € RAC* : 219,50 €	532,13 € RAC* : 74,37 €

*RAC : reste à charge

Optique

	Dépense	Remboursement Sécurité sociale	Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles					
			Complémentaire obligatoire			Surcomplémentaires optionnelles		
			Socle	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire responsable
1 monture à 180€ + 2 verres simples à 170 €	350,00 €	0,09 €	259,91 € RAC* : 90,00 €	269,91 € RAC* : 80,00 €	259,91 € RAC* : 90,00 €	269,91 € RAC* : 80,00 €	269,91 € RAC* : 80,00 €	269,91 € RAC* : 80,00 €
1 monture à 180€ + 2 verres complexes à 800 €	980,00 €	0,09 €	669,91 € RAC* : 310,00 €	699,91 € RAC* : 280,00 €	699,91 € RAC* : 310,00 €	899,91 € RAC* : 80,00 €	699,91 € RAC* : 280,00 €	899,91 € RAC* : 80,00 €

*RAC : reste à charge

Soins courants

	Dépense	Remboursement Sécurité sociale	Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles					
			Complémentaire obligatoire			Surcomplémentaires optionnelles		
			Socle	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire responsable
Consultation généraliste secteur 2 non-signataire DPTM à compter du 22 décembre 2024	45,00 €	14,10 €	28,90 € RAC* : 2,00 € (1)	28,90 € RAC* : 2,00 € (1)	28,90 € RAC* : 2,00 € (1)	28,90 € RAC* : 2,00 € (1)	28,90 € RAC* : 2,00 € (1)	28,90 € RAC* : 2,00 € (1)
Consultation spécialiste secteur 2 non-signataire DPTM à compter du 22 décembre 2024	80,00 €	14,10 €	29,90 € RAC* : 36,00 € (1)	29,90 € RAC* : 36,00 € (1)	63,90 € RAC* : 2,00 € (1)	63,90 € RAC* : 2,00 € (1)	63,90 € RAC* : 2,00 € (1)	63,90 € RAC* : 2,00 € (1)

(1) Participation forfaitaire de 2€ déduite
*RAC : reste à charge

Médecine additionnelle & prévention

	Dépense	Remboursement Sécurité sociale	Complémentaire obligatoire + surcomplémentaires optionnelles					
			Complémentaire obligatoire			Surcomplémentaires optionnelles		
			Socle	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire honoraires	Surcomplémentaire honoraires et optique	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire responsable
1 consultation diététicien	65,00 €	00,00 €	65,00 € RAC* : 0,00 €	65,00 € RAC* : 0,00 €	65,00 € RAC* : 0,00 €	65,00 € RAC* : 0,00 €	65,00 € RAC* : 0,00 €	65,00 € RAC* : 0,00 €

*Reste à charge

VOTRE CONTRAT EN PRATIQUE

Les demandes de remboursement

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs doivent être fournies à Malakoff Humanis dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de Sécurité sociale ou de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale. À défaut, vous vous verrez opposer la prescription mentionnée dans la partie Dispositions générales.

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

Notre organisme se réserve le droit de vous demander toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

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

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.

Notre organisme prend 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.

Il vous appartient d'informer notre organisme de toute modification de vos 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).

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, Malakoff Humanis 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 vous ne transmettez pas les pièces justificatives demandées par notre organisme avant ou après le paiement des prestations, Vous vous exposez à une annulation de sa prise en charge. Vous devrez restituer le montant des prestations indument versées.

La prise en charge hospitalière

L'hospitalisation mérite une attention toute particulière. C'est la raison pour laquelle nous assurons une procédure de prise en charge administrative immédiate, en cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné. Sur simple appel téléphonique ou courrier de votre part ou de celle de l'établissement hospitalier, notre organisme vous délivre une prise en charge vous évitant l'avance de fonds (à l'exception de vos frais personnels).

Plus rapide : vous pouvez effectuer votre demande de prise en charge en vous connectant à votre espace assuré sur malakoffhumanis.com

À défaut de prise en charge, vous devez régler votre séjour hospitalier à l'établissement et nous adresser la facture originale.

Qu'est-ce que la télétransmission NOÉMIE et comment en bénéficier ?

Ce système accélère les échanges et permet ainsi un remboursement rapide. Avec votre carte Vitale, vous n'avez aucune démarche à effectuer vis-à-vis de votre caisse de Sécurité sociale ou de notre organisme, dans la mesure, où vous avez n'avez pas refusé la télétransmission Noémie.

Un message sur chaque décompte Sécurité sociale vous confirme que la télétransmission des données a bien eu lieu.

Si cette mention ne figure pas sur l'un de vos décomptes, il convient d'adresser l'original de ce décompte pour remboursement à notre organisme.

Par exemple pour une consultation d'un généraliste dans le parcours de soins



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)

Procédure à suivre en cas de demande d'intervention en tant que mutuelle de second rang

Si vous souhaitez pour vous-même ou l'un de vos bénéficiaires que la mutuelle Malakoff Humanis ne mette pas en place la télétransmission, il convient d'indiquer « PAS DE TELETRANSMISSION » sur votre déclaration d'affiliation.

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

Si un de vos bénéficiaires ne peut pas bénéficier de Noémie ou si vous refusez cette procédure, pour vous faire rembourser, il convient de nous faire parvenir les originaux des décomptes d'assurance maladie accompagnés de la partie haute de l'un des décomptes de notre organisme.

Contrôle médical

Nous pouvons procéder à un contrôle médical **avant ou après le remboursement des prestations.**

Nous choisissons le professionnel de santé qui s'en occupera et nous payons les frais.

Si vous le souhaitez, vous et vos bénéficiaires avez la possibilité de vous faire assister par le médecin de votre choix ou de partager les conclusions de votre médecin traitant. Si vous ne voulez pas passer le contrôle, nous ne pourrions pas vous rembourser les frais engagés. Vous devrez nous rembourser les sommes que vous avez perçues par erreur.

Si les résultats du contrôle ne vous conviennent pas, vous ou vos bénéficiaires pouvez envoyer une lettre recommandée avec accusé de réception à notre médecin-conseil ou dentiste consultant **dans les 30 jours qui suivent la notification.** Vous devez envoyer une lettre expliquant les raisons de votre désaccord et joindre les documents médicaux pour appuyer votre point de vue.

Si nous ne trouvons pas de solution ensemble, nous pouvons faire appel à un 3^e médecin pour prendre une décision. Il sera désigné par votre médecin et le nôtre. Si nous ne trouvons pas d'accord pour le choix de ce médecin, vous et/ou nous pourrions demander au président du tribunal de votre domicile de le désigner.

Chacun paie les honoraires de son médecin et nous partagerons les frais du 3^e médecin.

À l'issue des conclusions :

- nous déciderons si nous vous remboursons ou non les prestations contestées,

et/ou

- nous vous réclamerons les sommes que vous avez perçues par erreur. Recours subrogatoire (Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985).

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

Lors de votre demande de remboursement de la dépense engagée lorsque le dommage est causé par un tiers responsable, vous ou vos bénéficiaires devez nous informer.

On entend par accident toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause qui vous est extérieure.

Le remboursement des soins à l'étranger

Soins engagés pendant des séjours temporaires à l'étranger, par des salariés détachés ou résidents à l'étranger

Pour les salariés non-expatriés qui relèvent d'un régime français de Sécurité sociale ou dans un pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français sont garanties, les soins à l'étranger peuvent être remboursés à condition de respecter les 3 conditions cumulatives suivantes :

- Survenir lors de déplacements privés ou professionnels de moins de 3 mois, ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L761-1 et 2 du Code de la sécurité sociale
- Faire l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale.
- Avoir été engagés de manière soudaine, urgente et non programmée.

Vous êtes remboursé :

- En euros, dans la limite de vos garanties
- Sur la base de la codification des actes médicaux de la Sécurité sociale
- Dans les mêmes conditions que les médecins non-signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Les dépenses réelles sont plafonnées à hauteur du prix pratiqué en France pour des actes médicaux et des soins équivalents.

Expatriés

Les expatriés ne sont pas couverts

Justificatifs à fournir

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

Vous êtes bénéficiaire NOEMIE

Justificatifs à fournir à notre demande en cas de liaison NOEMIE	Hospitalisation	Dentaire	Optique	Aide auditive	Cure thermale	Maternité	Adoption
Devis détaillé et accepté		✓	✓	✓			
Facture détaillée (le cas échéant codification et montants réglés, frais de transport et hébergement) et acquittée	✓	✓	✓	✓	✓		
Ordonnance médicale			✓	✓			
Bilan visuel			✓				
Certificat d'authenticité			✓	✓			
Justificatif chambre particulière	✓						
Photocopie du livret de famille ou acte de naissance						✓	
Copie du jugement d'adoption plénière							✓

Vous n'êtes pas bénéficiaire NOEMIE

Si les soins sont pris en charge pas la Sécurité Sociale, vous devez fournir en plus des pièces justificatives indiquées dans le tableau, le décompte de la Sécurité Sociale.

Justificatifs à fournir en cas de traitement hors NOEMIE	Consultations et soins remboursés par la <u>Sécurité sociale</u>	Consultations et soins non remboursés par la <u>Sécurité sociale</u>
Décompte original de la <u>Sécurité sociale</u> complété des pièces citées ci-dessus	✓	
Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état ¹ dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI ou RPPS ²		✓

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

2 - **RPPS** : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé.

Facture acquittée.

En cas de tiers payant avec la Sécurité sociale mais sans tiers payant avec notre organisme (voir schéma page 25)

Facture acquittée du ticket modérateur

Soins engagés pendant des séjours temporaires à l'étranger, par des salariés détachés ou résidents à l'étranger

Facture détaillée et acquittée des soins, éventuellement traduite, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu

A SAVOIR

Une photo ou une photocopie de vos documents ou factures suffit pour être remboursé.

Connectez-vous à votre Espace assuré ou sur l'appli Malakoff Humanis pour les déposer.

Attention, selon les cas, notre organisme se réserve le droit de demander les originaux.



Le Tiers Payant

Vous et vos éventuels ayants droit bénéficiez 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 Tiers Payant 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 assuré pour consulter vos remboursements ou fournir des pièces justificatives,
- Les coordonnées de notre organisme.

À compter du jour où les garanties cessent, vous et vos éventuels ayants droit ne devez plus utiliser votre 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 assuré, un outil de géolocalisation vous aide à localiser les professionnels de santé vous permettant d'obtenir le tiers payant Viamedis (ainsi que les professionnels de santé des réseaux Kalixia) :

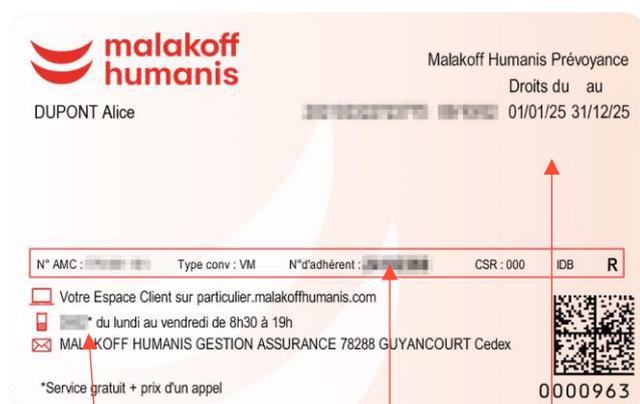
- par catégorie (laboratoires, radiologies...),
- par code postal, département ou ville,
- par adresse (recherche d'un professionnel de santé proche de votre domicile...).

Communication dématérialisée

Notre organisme communique avec vous de façon dématérialisée via votre Espace assuré ou par courriel, pour la gestion de votre contrat.

Vous pouvez demander à tout moment à revenir à une communication exclusivement sous format papier, en modifiant votre choix dans l'Espace assuré ou en nous contactant par courrier ou par téléphone.

Modèle de carte Tiers Payant



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

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

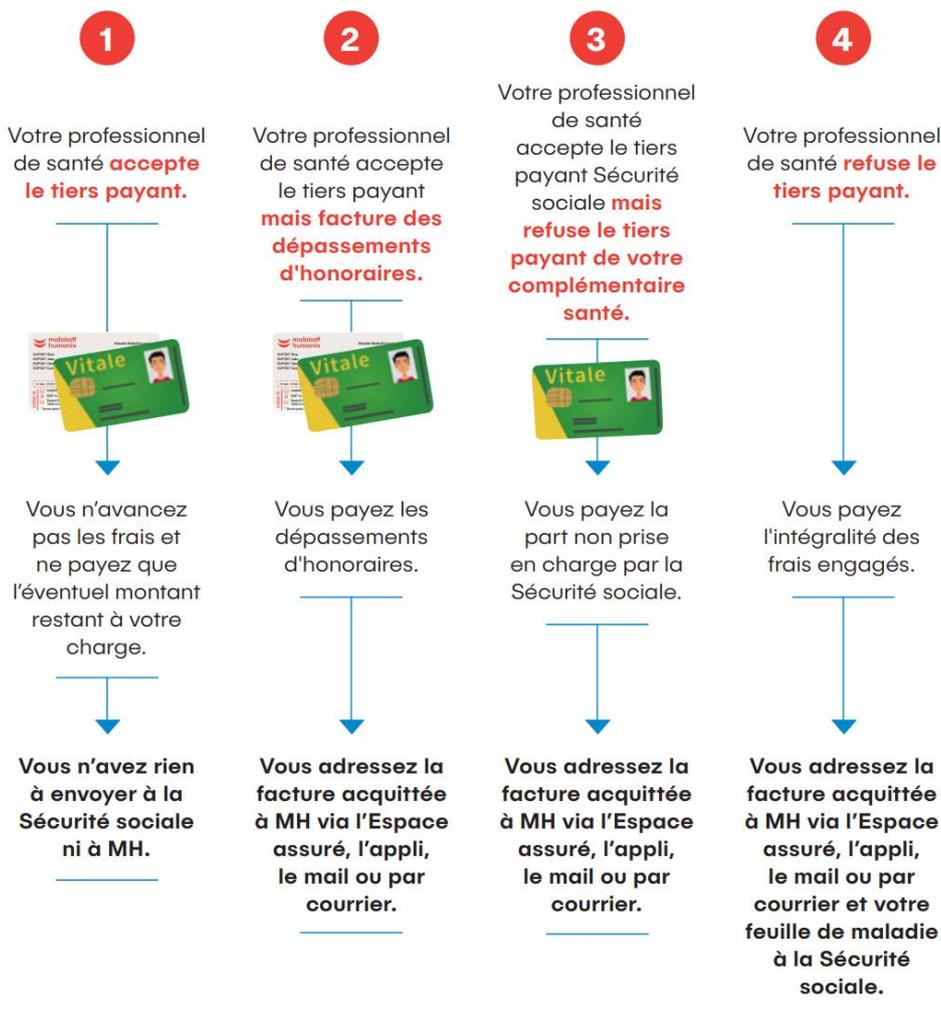
Pour nous contacter



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

Comprendre les démarches de Tiers Payant

Les professionnels de santé restent libres d'accepter ou de refuser le tiers payant Sécurité sociale et/ou de la complémentaire santé. Dans ce cas, vous devez effectuer certaines démarches pour être remboursé



EXCLUSIONS ET LIMITES DE GARANTIES

Qu'est-ce que nous ne prenons pas en charge ?

Conformément à la réglementation,

- Les pénalités financières qui s'appliquent hors parcours de soins ainsi que la contribution forfaitaire et les franchises médicales,
- Les actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale, sauf mention au(x) tableau(x) des garanties,
- Les soins effectués avant la date de début du contrat ou avant la date de début de votre inscription et de celle des membres de votre famille,
- Les soins effectués après la date de résiliation du contrat ou après la date de fin de vos garanties et de celle des membres de votre famille,
- Les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé,
- Tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne rembourse pas les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR),
- Tout équipement optique composé de verres plans (sans correction), sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale,
- L'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) territorialement compétente et qui n'est pas justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée),
- Le forfait journalier hospitalier pour établissements médicaux-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174- 6 du Code de la Sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), unités ou centres de soins de longue durée etc.),
- La cigarette électronique,
- 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

Comment les soins à l'étranger sont remboursés pour les expatriés ?

Les salariés expatriés ne sont pas protégés par le contrat.

Comment la chambre particulière est-elle remboursée ?

La chambre particulière est remboursée, dans la limite d'un forfait précisé au(x) tableau(x) des garanties à condition :

- D'être clairement demandée par le bénéficiaire
- Et, de faire l'objet d'une facturation qui détaille les services fournis par l'établissement hospitalier
- Et, que son tarif soit publiquement affiché.

NE SONT PAS REMBOURSÉS :

- Les appartements privés
- Les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés par la personne hospitalisée ou ses accompagnants, sans ordonnance médicale.

Comment l'orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale est-elle remboursée ?

Nous remboursons uniquement les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'État référencé auprès des autorités compétentes.

Comment la parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale est-elle remboursée ?

Nous remboursons uniquement les actes médicaux inscrits et codés selon la nomenclature de la Sécurité sociale valable à la date des soins qui font l'objet d'une demande de remboursement.

Les actes médicaux "codés" NPC (non pris en charge) ou NR (non remboursé) et les actes médicaux HN (hors nomenclature) sont exclus car non-inscrits à la nomenclature de la Sécurité sociale.

VOS SERVICES

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

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 assuré.
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 assuré.

(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 assuré, 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 assuré.

(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

de soins Kalixia, Kalixia hospit, téléconsultation et une assistance en cas de besoin.

Kalixia : la qualité à prix négocié

KALIXIA AUDIO

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

1. Depuis votre espace assuré, 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 assuré

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

Kalixia hospit

Vous avez accès à un comparateur hospitalier (Kalixia hospit) 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.

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 !

Avec la téléconsultation médicale, un médecin répond 7j/7 de 8h à 20h, en France comme à l'étranger. Ce service proposé par Auxia Assistance, opéré par Maiia, est accessible par le biais de leur plateforme digitale.

COMMENT Y ACCÉDER ?

Directement depuis l'Espace assuré Malakoff Humanis
Ou si vous n'avez pas créé de compte :

Via le n° de téléphone **09 86 86 00 67**  pour être redirigé vers le service de téléconsultation en visio.

COMMENT CELA MARCHE ?

Depuis votre espace assuré Malakoff Humanis :

- Vous choisissez un médecin généraliste ou spécialiste (pédiatre, gynécologue, psychiatre...) selon ses disponibilités, avec une prise en charge dans les mêmes conditions qu'en cabinet médical. La consultation en télé-médecine est prise en charge par votre contrat de complémentaire santé.
- Si vous ne trouvez pas de médecin qui vous convienne, vous pouvez téléconsulter un médecin généraliste de permanence 7j/7 de 8h à 20h. **Ces téléconsultations, sans avance de frais, sont limitées à 5 par an et par bénéficiaire.**
- Dans tous les cas, le médecin peut vous prescrire une ordonnance disponible en ligne (uniquement en France) et vous orienter vers un service d'urgence si besoin.
- 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.

LES LIMITES DE LA TELECONSULTATION

La téléconsultation médicale ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation avec un spécialiste.

La téléconsultation ne prend pas en compte les cas suivants :

- Les suivis de pathologies chroniques, de grossesses, de nourrissons de moins d'un an.
- Les prescriptions de certificats médicaux.
- Les demandes de second avis médical.
- La consultation lorsqu'un examen clinique du patient est nécessaire.
- Les prescriptions pour un renouvellement de traitement où la prescription est contrôlée : psychotropes (anxiolytiques, anti-dépresseurs, etc.) ou antidouleurs puissants (tramadol, codéine, morphine, etc.).
- Aucune prescription médicale n'est toutefois délivrée en dehors de l'Union Européenne

Deuxième avis médical

Face à un problème de santé sérieux, la nécessité d'obtenir un avis médical complémentaire peut s'avérer utile. Il permet de confirmer un diagnostic, de valider le bénéfice réel d'une intervention chirurgicale lourde ou encore de mieux appréhender les choix de traitements possibles.

Plus de **750 maladies** sont couvertes : cancers, problèmes orthopédiques et rhumatologiques, infertilité, endométriose, maladies cardiovasculaires...

En moins de 7 jours, un compte-rendu signé par le médecin spécialisé est adressé au patient.

COMMENT Y ACCÉDER ?

- Depuis votre espace sécurité, joignez votre dossier médical, à l'aide d'un conseiller,
- Choisissez le médecin expert et posez vos questions,
- Recevez, en moins de 7 jours ouvrés, le compte-rendu du médecin.

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

 **09 86 86 02 05**
APPEL NON SURTAXÉ

Du lundi au samedi de 8h à 20h

Avec votre identifiant n° 753742

Garantie assistance assurée par AUXIA Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital de 1 780 000 euros - RCS de Paris 351 733 761 - Siège social au 21, rue Laffitte, 75009 Paris

VOTRE ESPACE ASSURE

Depuis votre espace assuré, prenez soin de votre santé

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

Entièrement gratuit et personnalisé, votre Espace assuré 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.



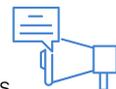
Comment créer votre Espace assuré santé ?

- Connectez-vous sur malakoffhumanis.com et cliquez sur « Accéder à mon espace / Un particulier ».
- Sélectionnez l'espace Santé/Prévoyance et saisissez votre N° d'adhérent..
- Cliquez sur « Créer mon compte » et complétez le formulaire puis validez.
- Vous recevez immédiatement un e-mail pour activer votre compte (pensez à vérifier dans vos mails « indésirables »).
- 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 assuré depuis la page de connexion de l'**Espace assuré**.

MAINTIEN DES GARANTIES

Maintien de garanties en cas de suspension du contrat de travail rémunérée

Vos garanties et celles des bénéficiaires sont maintenues :

- Si vous êtes bénéficiaire d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement versé par votre employeur (notamment en cas d'activité partielle...)

ou

- Si vous êtes en arrêt de travail et indemnisé à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que votre employeur finance au moins pour partie

Les cotisations doivent être réglées.

Toutefois, si vous êtes **invalides, relevant du régime général, non radiés des effectifs et sans activité** vous bénéficiez **gratuitement** du maintien des garanties du contrat socle obligatoire responsable et leurs évolutions.

Le maintien gratuit des garanties cesse, pour chaque assuré et l'ensemble des ayants droit, dès la survenance du premier des événements suivants :

- si l'assuré ne figure plus aux effectifs déclarés par le souscripteur ;
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie assurée ;
- à la date à laquelle il ne perçoit plus de maintien partiel ou total de salaire, y compris les prestations de la Sécurité sociale et complémentaires versées par l'assureur ;
- à la date de sa reprise de travail ;
- à la date de rupture de son contrat de travail, quel qu'en soit le motif ;
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire ;
- à la date de résiliation du contrat.

Durant ce maintien, vous et les membres de votre famille êtes également concernés par les évolutions de garanties.

En dehors de ces cas, vos garanties sont suspendues dès le 1^{er} jour de suspension de votre contrat de travail

Maintien de garanties aux assurés en suspension du contrat de travail non rémunéré

Prévu par la réglementation ou la législation

Vos garanties continuent à s'appliquer si votre contrat de travail est suspendu si vous bénéficiez d'un maintien de garanties prévu expressément par la réglementation ou la législation en vigueur.

Tant que vous remplissez les conditions ci-dessus, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations.

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien de garanties.

Non prévu par la réglementation ou la législation

Vous et les membres de votre famille pouvez continuer à bénéficier des garanties pendant la suspension de votre contrat de travail non rémunéré dans les cas suivants :

- **En cas de suspension de votre contrat de travail non rémunéré d'une durée < à 1 mois** : les garanties du contrat vous sont maintenues moyennant le paiement des cotisations applicables à la veille de la prise d'effet de la suspension du contrat de travail.
- **En suspension du contrat de travail non rémunéré pour congé parental d'une durée > à 1 mois** : les garanties du contrat peuvent vous être maintenues dans les conditions suivantes :

Début du maintien

Le maintien des garanties débute :

- à la date d'effet du présent contrat si vous bénéficiez déjà du maintien des garanties au titre du précédent contrat, sous réserve d'en faire la demande dans les 3 mois qui suivent la date d'effet du contrat,
- au 1^{er} jour du mois civil suivant la demande, **sous réserve** d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la date de suspension du contrat de travail.

Renonciation et dénonciation

Les règles relatives à la dénonciation et la renonciation définies aux paragraphes ci-avant « *Lorsque l'inscription de mon conjoint est facultative : comment y renoncer ? comment la dénoncer ?* » s'appliquent.

Toutefois, dans ce cas la dénonciation est définitive pour vous et les membres de votre famille.

Fin du maintien

Le maintien prend fin, pour vous et les membres de votre famille :

- à la date de résiliation du contrat socle des actifs,
- à la veille de votre reprise d'activité à minuit,
- à la date de votre radiation des effectifs,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- en cas de renonciation et dénonciation de l'adhésion par vos soins.

Les cotisations sont à **vos soins**.

- **A votre décès** : vos enfants à charge affiliés au contrat socle obligatoire responsable bénéficient **gratuitement** du maintien des garanties pendant une durée de 12 mois, de date à date, à compter du décès.

A l'issue de la période de maintien gratuit, les dispositions du paragraphe « *Comment mes garanties peuvent être maintenues à titre individuel en cas de départ de mon entreprise ?* » s'appliquent. Dans ce cadre, la demande de souscription de l'enfant à charge garanti du chef d'un assuré décédé doit être faite dans les 6 mois qui suivent le terme du maintien gratuit

Maintien de garanties au titre de la « Portabilité des droits »

Conditions du maintien de l'affiliation

L'affiliation est maintenue à l'assuré dont le contrat de travail est rompu (motif autre que licenciement pour faute lourde) et qui bénéficie à ce titre d'une **indemnisation par le régime d'assurance chômage**.

La SNCF en cas de rupture du contrat de travail informera l'assuré de ses droits et des conditions de maintien.

Le salarié effectue sa demande de maintien de garantie via le formulaire mis à sa disposition sur son **Espace assuré**. Les justificatifs de prolongation de droits à la portabilité seront à transmettre chaque mois selon les mêmes modalités.

À défaut, l'affiliation de l'assuré cesse de plein droit à la date de rupture du contrat de travail.

Obligations déclaratives

L'assuré s'engage à fournir :

- Dans les meilleurs délais à la mutuelle, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- Mensuellement, l'attestation de paiement des allocations chômage.

L'assuré s'engage à informer Malakoff Humanis de la cessation du versement des allocations chômage survenant au cours de la période de maintien de couverture.

Durée du maintien

Le maintien des garanties débute au lendemain de la date de rupture ou de fin du contrat de travail.

Il dure tant que dure l'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail consécutifs chez le même employeur.

La durée de ce maintien est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder 12 mois**.

Le maintien des garanties s'arrête à la date de la :

- fin du versement des allocations chômage par France Travail quelle qu'en soit la cause
- liquidation de la pension de vieillesse du régime obligatoire
- fin de la durée de maintien
- résiliation du contrat souscrit par l'employeur.

La suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif ne prolonge pas la période de maintien des garanties.

Durant ce maintien, l'assuré et les bénéficiaires sont également concernés par les évolutions de garanties.

Garanties

L'assuré bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail. Ce maintien de garanties est accordé également aux membres de sa famille bénéficiaires, présents et futurs lorsqu'ils en bénéficiaient au jour de la cessation du contrat de travail.

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'entreprise informera l'assuré de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat.

Cotisations

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation permettant à l'assuré d'être couvert sans paiement de cotisations après la cessation de son contrat de travail.

Comment mes garanties peuvent être maintenues à titre individuel en cas de départ de mon entreprise et après épuisement des droits à portabilité ?

Hors du cadre de l'article 4 de la loi Evin

Un contrat adapté à votre nouvelle situation pour vous et/ou les membres de votre famille vous sera proposé en appelant le numéro de téléphone dédié à la SNCF : 09 69 39 60 22.

Maintien dans le cadre de l'article 4 de la loi Evin

Peuvent continuer à bénéficier des mêmes garanties, à titre individuel et **moyennant paiement** de cotisations spécifiques les **personnes suivantes** :

- Les personnes en **invalidité ou en incapacité** dont le contrat de travail est rompu,
- Les personnes **retraitées**,
- Les personnes **licenciées** bénéficiaires d'un revenu de remplacement à l'expiration de la période de portabilité,
- Les **ayants droit de l'assuré décédé**, à l'issue de la période de maintien gratuit, le cas échéant, s'ils en font la demande dans les six mois qui suivent l'événement.

INFORMATIONS LEGALES ET REGLEMENTAIRES

Fausse déclaration

Vos déclarations et celles de votre employeur nous servent de base à l'application des garanties.

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

Nous devons justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées nous restent acquises.

Perte du droit à indemnisation (déchéance des garanties)

Vous ou vos bénéficiaires êtes déchus de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- si vous faites volontairement une fausse déclaration de sinistre
- si vous fournissez ou utilisez sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou usez d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Vous vous exposez également à des poursuites pénales.

Délai maximum de règlement des prestations (prescriptions)

Les actions relatives au contrat sont prescrites dans un délai de **2 ans à compter de l'événement** qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (conformément aux articles 2240 et suivants du Code civil) que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait
- la demande en justice, même en référé
- un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (ou recommandé électronique), que nous vous adressons ou que nous adressons à votre employeur pour le paiement de la cotisation
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (ou recommandé électronique), que vous ou vos bénéficiaires nous adressez pour le règlement des prestations.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Nous sommes tenus de respecter la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Nous avons des obligations d'identification, de connaissance vous concernant et de vigilance pendant toute la durée du contrat.

Pour ces raisons, nous pouvons être amenés à recueillir des informations afin de vérifier votre identité ou celle des bénéficiaires et de justifier des opérations réalisées.

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-assurance@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 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

Juridiction compétente en cas de conflit

A défaut de règlement amiable, toute difficulté liée à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

Autorité de contrôle

Nous sommes soumis ainsi que l'assistant au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution : **ACPR**, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le

Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), vous et vos bénéficiaires êtes informés que nous traitons en qualité de responsable de traitement, vos données personnelles identifiées et décrites ci-après

Détails des données	Finalités de vos données Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données de l'assuré et celles de ses ayants droit dans un autre but que les finalités citées ci-dessous :	Catégorie de destinataires des données	Durée de conservation des données Le calcul des durées de conservation est réalisé en fonction :
<p>Données d'identification</p> <p>Données relatives à la situation familiale, à la vie personnelle, la santé de l'assuré</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 Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins que l'assuré et ses ayants droit expriment La gestion des avis de l'assuré et de ceux de ses ayants droit sur les produits, services ou contenus que Malakoff Humanis et ses partenaires proposent 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 la non-réidentification de l'assuré 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 l'inscription de l'assuré sur une liste de personnes qui présentent un risque de fraude, et qui incluent 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) 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 de l'assuré ou de ses ayants droits 	<ul style="list-style-type: none"> Nos services dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données Les sous-traitants éventuels Les délégataires de gestion Les intermédiaires d'assurance Les réassureurs et coassureurs Les organismes professionnels habilités Les partenaires Les sociétés extérieures 	<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 des obligations légales de Malakoff Humanis des prescriptions légales et réglementaires applicables de conservation
<p>Données relatives à la santé de l'assuré, le Numéro de Sécurité sociale (le « NIR ») et celui de ses ayants droit</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 	<ul style="list-style-type: none"> Notre Service médical et toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical 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 	

LES ACTIVITES SOCIALES : cœur battant de Malakoff Humanis

L'Accompagnement social vous permet de mieux appréhender l'impact sur votre quotidien et votre bien-être, des situations de fragilités auxquelles vous faites face : situation de handicap, d'aidant, affection de longue durée, décès. Nos experts en prestation sociale vous répondent chaque jour. Ensemble et grâce à un bilan global de votre situation, vous identifiez vos besoins et les solutions pour y répondre.

- Handicap,
- Perte d'autonomie liée à l'avancée en âge
- Décès d'un proche (conjoint, enfant...)
- Aidant familial ...

Nos aides sont soumises à conditions. Elles ne sont pas systématiques et ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément de garantie contractuelle.

N'hésitez pas à contacter votre référent Action Sociale SNCF, qui saura vous orienter, et l'Action Sociale de la Sécurité sociale.

Contactez-nous

Par courrier :

Malakoff Humanis - Accompagnement social assurance
- Pôle individuel – 94132 Fontenay-sous-Bois.

Par téléphone :

3996
Appel gratuit + prix d'un appel local
du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

Précisez la référence : « SNCF »



Votre interlocuteur Malakoff Humanis

Suivre votre contrat

Téléphone : 09 69 39 60 22

Du lundi au vendredi de 8h30 à 19h00

Email : santeprevoyancesncf@malakoffhumanis.com

Adresse : Malakoff Humanis – Gestion Assurance - 78288 Guyancourt cedex

Garanties assistance Auxia

L'assistance est accessible au 09 86 86 02 05

Ce service est joignable du lundi au samedi de 8 h à 20 h (hors jours fériés).

Identifiez-vous en annonçant le n° de contrat : 753742

Téléconsultation

Téléphone : 09 86 86 00 67

Ouvert 24h/24, 7j/7

Accompagnement social

Téléphone : 3996

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



malakoffhumanis.com



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- malakoffhumanis.com

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

Siège social : 4 rue Georges Picquart, 75017 Paris - N° SIREN 348 855 388

MUTUELLE MGC : (Mutuelle Générale des Cheminots) mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité

Siège social : 2-4 place de l'Abbé G. Heneoque, 75013 Paris - N° SIREN 775 678 550