

CEA

Notice d'information santé

Garanties réservées à l'ensemble du personnel

Édition janvier 2020





Cette notice présente les garanties Frais de santé dont vous bénéficiez en tant que salarié du CEA. Elles sont assurées par la mutuelle Malakoff Humanis Nationale.

Sommaire

Pour mieux se comprendre.....	4
Votre complémentaire santé	5
Le détail de vos garanties.....	7
Le remboursement de vos soins.....	14
Votre contrat en pratique	16
Vos services avantages	18
Vos services en ligne sur malakoffhumanis.com	20
L'accompagnement social est à vos côtés	22
Dispositions générales.....	23
Principe réglementaire de remboursement	26

Pour mieux se comprendre

Actes hors nomenclature

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

Adhérent

Le Commissariat à l'Énergie Atomique et aux énergies alternatives, soucripteur du contrat.

Assuré

Précédemment nommé membre participant, l'assuré est la personne physique travaillant pour l'Adhérent appartenant à la catégorie précédemment définie et affiliée au contrat.

Base de Remboursement (BR)

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

Contrat responsable

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

Contrat solidaire

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

Cure thermique

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

Hospitalisation

- Hospitalisation chirurgicale : frais chirurgicaux proprement dits.
- Hospitalisation médicale : pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale.
- Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :
 - Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et Prestations facturables et spécialités pharmaceutiques). La prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation.
 - Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.
 - Frais de chambre particulière.
 - Forfait hospitalier.
 - Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant affilié de moins de 14 ans. Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant, facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- Hospitalisation à domicile : hospitalisation prise en charge au titre de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) par la Sécurité sociale.

Limitation pour l'hospitalisation médicale et l'hospitalisation à domicile

En cas d'hospitalisation médicale, les frais de chambre particulière, les frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 14 ans bénéficiaire du contrat sont **limités à 365 jours ou à 180 jours en cas de séjour en psychiatrie**.

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

Médecine alternative

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.

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.

DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée)

Suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016 publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016 afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions contractuelles « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées respectivement par « dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ».

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

Les contrats responsables imposent une garantie différenciée selon que le médecin a signé ou non un DPTAM.

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

Pour savoir si votre médecin est signataire d'un DPTAM, rendez-vous sur annuaire.sante.ameli.fr.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

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

Revenu imposable

Le revenu imposable comprend la totalité des bénéfices ou revenus de toutes sortes que l'intéressé a réalisés ou dont il a disposé au cours de l'année de référence. Il est entendu au sens des articles 1A du Code général des impôts et composé des catégories énumérées à l'article 13, 2° du même code.

Sécurité sociale

Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

SMIC brut mensuel

Le SMIC brut mensuel correspond au Salaire Minimum interprofessionnel de croissance pour 151,67 heures par mois, soit 35 heures par semaine.

Tarif d'autorité

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

Tarif forfaitaire de responsabilité

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



Quelle est la date d'effet ?

Votre affiliation au contrat santé est effective :

- dès la date d'effet du contrat, lorsque vous êtes inscrit à cette date dans les effectifs de l'entreprise, ou bénéficiez des activités sociales prévues par la Convention de Travail,
- à votre date d'embauche si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat.

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

Qui est couvert par le contrat Santé ?

- **vous-même**, en tant que salarié affilié au contrat.
- **à titre obligatoire, vos ayants droit mentionnés ci-dessous.**

Quels sont vos ayants droit ?

- le conjoint ou le concubin dont les revenus imposables sont inférieurs ou égaux à 8 fois le SMIC brut mensuel,

- le(s) enfant(s) de l'assuré, de son conjoint ou de son concubin, âgés de moins de 26 ans scolarisé(s) sur simple présentation du certificat de scolarité,
- le(s) enfant(s) de l'assuré ou de son conjoint, âgés de moins de 29 ans dès lors qu'il(s) ne constitue(nt) pas une nouvelle cellule familiale⁽¹⁾ et satisfont à l'une des conditions suivantes :
 - être pris en charge par l'assuré ou son conjoint au sens de la Sécurité sociale
 - ou disposer de revenus imposables inférieurs ou égaux à 8 fois le SMIC brut mensuel,
- les enfant(s) handicapé(s) de l'assuré célibataire ou veuf dont les revenus imposables sont inférieurs ou égaux à 8 fois le SMIC brut mensuel,
- le(s) petit(s) enfant(s) ou ascendant(s) vivant au foyer de l'assuré, pris en charge au sens de la Sécurité sociale ou dont les revenus imposables sont inférieurs ou égaux à 8 fois le SMIC brut mensuel.

(1) se trouve dans une nouvelle cellule familiale, tout ayant droit établissant une union (mariage, PACS ou concubinage) ou ayant un enfant fiscalement à charge.

Comment inscrire un ayant droit ?

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

Vous devez nous adresser :

- **pour votre partenaire lié par un PACS** : une attestation d'engagement dans les liens d'un pacte civil de solidarité ;
- **pour votre concubin** : une attestation sur l'honneur de concubinage signée par les 2 concubins et un justificatif de domicile commun (par exemple, facture d'électricité, bail commun, attestation d'assurance...) ;
- **pour les ayants droit** selon leur situation :
 - la copie de l'avis d'imposition de l'année de référence*,
 - une attestation de sécurité sociale,
 - le certificat de scolarité,
 - la copie de la carte d'invalidité ou de la carte de mobilité inclusion portant la mention « invalidité ».

* L'année de référence est celle correspondant à l'avis d'imposition N sur l'année N-1

À défaut de nous fournir les justificatifs, les ayants droit ne pourront pas être affiliés.

Outre ces justificatifs, la **déclaration d'affiliation doit être accompagnée de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale** ou de la carte d'assuré au régime de base obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.

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

Afin d'enregistrer les coordonnées bancaires d'un ayant droit, vous devez adresser à notre organisme le RIB du bénéficiaire des remboursements, la copie de sa carte d'identité ainsi que l'accord signé des deux parties.

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

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

À SAVOIR

Vous pouvez affilier, à titre facultatif et en contre partie de cotisations, votre conjoint, concubin ou enfant dont les revenus imposables sont supérieurs à 8 fois le SMIC brut mensuel.

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez nous joindre

au 01 58 82 62 06

CONSEIL PRATIQUE



Comment demander une copie de votre attestation Vitale ?

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

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

À SAVOIR

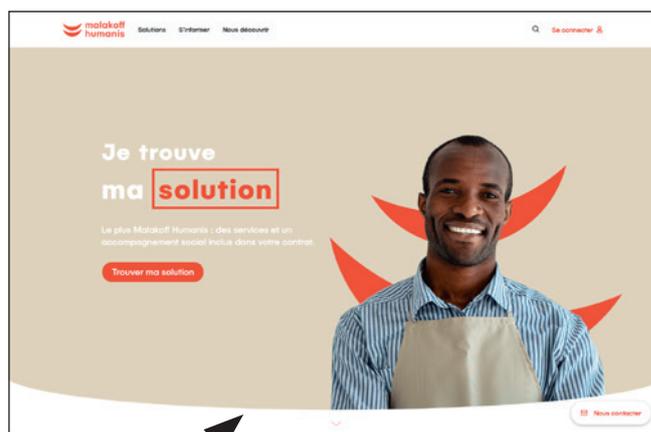


- **le conjoint** doit être non divorcé, ni séparé de corps judiciairement. **Est assimilé au conjoint, le partenaire lié à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).**
- **le concubin** est la personne vivant en concubinage avec l'assuré. Conformément à l'article 515-8 du Code Civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

Comment mettre à jour votre situation de famille ?

Dans l'Espace client, vous avez la possibilité de visualiser les bénéficiaires de vos contrats. Le mode d'accès est détaillé dans la partie « Vos services en ligne ».

Rendez-vous sur : **malakoffhumanis.com**



Le détail de vos garanties



Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et **limites prévues aux conditions générales ou pour la garantie Assistance, dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.**

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE
(sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale)

HOSPITALISATION CHIRURGICALE (secteur conventionné et non conventionné)

	REGIME DE BASE
Frais de séjour et fournitures diverses, salle d'opération - soins pré et post opératoires	100 % BR
Honoraires conventionnés - Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	280 % BR
Honoraires conventionnés - Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR
Honoraires non conventionnés - Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Honoraires non conventionnés - Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Forfait hospitalier journalier	100 % FR
Chambre particulière (y compris en maternité & pour les frais de tire-lait)	2 % du PMSS par jour
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 14 ans)	20 € par jour

HOSPITALISATION MEDICALE (secteur conventionné et non conventionné)	
Hospitalisation médicale hors honoraires (frais de séjour)	180 % BR
Honoraires – Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR
Honoraires – Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR
Forfait hospitalier journalier	100 % FR
Chambre particulière (y compris en maternité)	2 % du PMSS par jour
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 14 ans)	20 € par jour
FRAIS DE TRANSPORT	
Remboursés par la Sécurité Sociale	100 % de la BR
SOINS DE VILLE (secteur convention et non conventionné)	
Consultations, visites généralistes ou spécialistes Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* (y compris indemnités de déplacement)	125 % BR
Consultations, visites généralistes ou spécialistes non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* (y compris indemnités de déplacement)	105 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Frais d'analyses et examens de laboratoire	100 % BR
Actes de spécialité (actes en K) praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Actes de spécialité (actes en K) praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
PHARMACIE	
Pharmacie remboursée à 65%	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30%	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15%	100 % BR
AIDES AUDITIVES	
Jusqu'au 31/12/2020 :	
Prothèses auditives prises en charge ou non par la Sécurité sociale – adulte	345 % BR
Prothèses auditives prises en charge ou non – enfant ayant droit de moins de 29 ans	515 % BR
A compter du 01/01/2021 : Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Equipement 100% Santé ⁽¹⁾ (classe I ⁽²⁾)	sans reste à payer ⁽²⁾
Equipement autre que 100% Santé ⁽¹⁾ (classe II ⁽³⁾)	
Prothèses auditives prises en charge ou non par la Sécurité sociale – adulte	345 % BR limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires)
Prothèses auditives prises en charge ou non – enfant ayant droit de moins de 29 ans	515 % BR limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires)
Entretien appareillage auditifs	7 fois le forfait annuel prévu par la Sécurité sociale
APPAREILLAGE AUTRE QU'AUDITIF	
Appareillages et prothèses autres qu'auditifs – Petits appareillages	20 % PMSS par an et par bénéficiaire minimum 100 % BR
Appareillages et prothèses autres qu'auditifs – Gros appareillages	345 % BR
Entretien appareillage autres qu'auditifs	345 % BR
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES	
Soins et prothèses 100% Santé ⁽¹⁾	
A compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire	sans reste à payer ⁽²⁾
Soins dentaires	100 % BR
Inlay – Onlay	125 % BR

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES	
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	340 % BR
Prothèses autres que 100% Santé :	
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale (y compris appareil brisé)	390 % BR
Couronne, bridge et prothèse provisoire	Forfait de 64,50 € par acte
Implants	34 % PMSS par implant (maxi 2 par an et par bénéficiaire)
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	300 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale (enfant de 16 à 29 ans)	387 € par semestre de soins
OPTIQUE	
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs de moins de 16 ans (un équipement tous les ans)	
Équipement 100% Santé ⁽¹⁾ (classe A ⁽²⁾)	sans reste à payer ⁽²⁾
Équipement autre que 100% Santé (classe B ⁽³⁾)	
Verres adulte	
Verres enfant	Voir Grille optique
Monture adulte	66 €
Monture enfant	51 €
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	100 % BR + 12 % PMSS par an et par bénéficiaire
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	12 % PMSS par an et par bénéficiaire
Traitements chirurgicaux des troubles visuels	26 % PMSS par œil et par bénéficiaire
AUTRES	
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale (hors thalassothérapie)	15 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Traitement anti-tabac remboursé par la Sécurité sociale	50 € par an et par bénéficiaire
Médecine alternative : Ostéopathie - Acupuncture - Chiropractie - Etiopathie	25 € par séance (maxi 2 par an par bénéficiaire)
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale	Pris en charge

FR : frais réels

BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie pour le versement des prestations

MR : montant du remboursement de l'assurance maladie

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

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

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

(2) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé ».

(3) 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.

Grille optique - Adulte

Les garanties ci-après s'entendent en complément des remboursements de la Sécurité sociale.

DÉSIGNATION	TYPE	LPP B	BASE (par Verre)
UNIFOCAUX CLASSE B			
sphère [-6,00 à +6,00]	Sphérique	2264803/2225329/2288353/2258895/ 2293555/2200335	56 €
sphère]-6,00 à -12,00] ou de]+6,00 à +12,00]	Sphérique	2233033/2292053/2203486/2234044	101 €
sphère <-12 ou sphère > +12	Sphérique	2241162/2237947	186 €
sphère de [0 à - 6,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2208756/2209460/2218542	89 €
sphère <-6 et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2286800/2257447/2255856	167 €
sphère de [0 à - 6,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2211190/2210983/2243920	153 €
sphère <-6 et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2276048/2224778/2224287	231 €
sphère > 0 et S* ≤ 8	Sphéro-cylindrique	2229824/2262678/2281598/2247041	89 €
sphère > 0 et S* > +8,00	Sphéro-cylindrique	2241529/2249152	167 €
MULTIFOCAUX/PROGRESSIFS CLASSE B			
sphère [-4,00 à +4,00]	Sphérique	2267552/2234788/2279650/2226910 2263494/2240323/2224732/2222118	179 €
sphère]-4,00 à -8,00] ou de]+4,00 à +8,00]	Sphérique	2214515/2266989/2251924/2205321 2297263/2295525/2219062/2202430	253 €
sphère <-8 ou sphère > +8	Sphérique	2220088/2268505/2264401/2267492 2241742/2269516/2256420/2293414	350 €
sphère de [0 à - 4,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2288695/2291674 2203948/2230750	179 €
sphère de]-4,00 à -8,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2213711/2259340 2210434/2208064	253 €
sphère <-8 et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2265412/2218849 2288502/2217809	350 €
sphère de [0 à - 4,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2212025/2229155 2260691/2240850	179 €
sphère de]-4,00 à -8,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2291065/2282920 2253834/2245941	253 €
sphère <-8 et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2299925/2243623 2242760/2270583	350 €
sphère > 0 et S* ≤ 6	Sphéro-cylindrique	2215213/2234021/2297530 2292277/2269692/2210109	179 €
sphère > 0 et S* entre] +6,00 à +12,00]	Sphéro-cylindrique	2222176/2215503 2226926/2257750	253 €
sphère > 0 et S* > +12,00	Sphéro-cylindrique	2284697 2285099	350 €

S* = somme de la sphère et du cylindre

Grille optique - Enfant

Les garanties ci-après s'entendent en complément des remboursements de la Sécurité sociale.

DÉSIGNATION	TYPE	LPP B	BASE (par Verre)
UNIFOCAUX CLASSE B			
sphère [-6,00 à +6,00]	Sphérique	2264803/2225329/2288353/2258895/ 2293555/2200335	98 €
sphère]-6,00 à -12,00] ou de]+6,00 à +12,00]	Sphérique	2233033/2292053/2203486/2234044	216 €
sphère <-12 ou sphère > +12	Sphérique	2241162/2237947	300 €
sphère de [0 à -6,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2208756/2209460/2218542	121 €
sphère <-6 et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2286800/2257447/2255856	294 €
sphère de [0 à -6,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2211190/2210983/2243920	226 €
sphère <-6 et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2276048/2224778/2224287	300 €
sphère > 0 et S* ≤ 8	Sphéro-cylindrique	2229824/2262678/2281598/2247041	121 €
sphère > 0 et S* > +8,00	Sphéro-cylindrique	2241529/2249152	294 €
MULTIFOCAUX/PROGRESSIFS CLASSE B			
sphère [-4,00 à +4,00]	Sphérique	2267552/2234788/2279650/2226910 2263494/2240323/2224732/2222118	300 €
sphère]-4,00 à -8,00] ou de]+4,00 à +8,00]	Sphérique	2214515/2266989/2251924/2205321 2297263/2295525/2219062/2202430	300 €
sphère <-8 ou sphère > +8	Sphérique	2220088/2268505/2264401/2267492 2241742/2269516/2256420/2293414	300 €
sphère de [0 à -4,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2288695/2291674 2203948/2230750	300 €
sphère de]-4,00 à -8,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2213711/2259340 2210434/2208064	300 €
sphère <-8 et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2265412/2218849 2288502/2217809	300 €
sphère de [0 à -4,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2212025/2229155 2260691/2240850	300 €
sphère de]-4,00 à -8,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2291065/2282920 2253834/2245941	300 €
sphère <-8 et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2299925/2243623 2242760/2270583	300 €
sphère > 0 et S* ≤ 6	Sphéro-cylindrique	2215213/2234021/2297530 2292277/2269692/2210109	300 €
sphère > 0 et S* entre] +6,00 à +12,00]	Sphéro-cylindrique	2222176/2215503 2226926/2257750	300 €
sphère > 0 et S* > +12,00	Sphéro-cylindrique	2284697 2285099	300 €

S* = somme de la sphère et du cylindre

Votre contrat est modifié par la réforme dite « 100 % santé ». Elle a pour objectif de vous proposer, en plus de vos garanties actuelles, des offres sur une sélection de lunettes, d'aides auditives et de prothèses dentaires sans reste à charge. Les autres dispositions relatives au contrat solidaire et responsable restent inchangées.

Les garanties optiques dentaires ou auditives sont modifiées

1. Optique

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

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

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

prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- **soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B » ;**
- **soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».**

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

Délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2018, date de mise en conformité avec les dispositions contrat responsable.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation.	- 1 an suivant la dernière facturation ; - 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture).	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - Variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; - Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; - Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; - Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; - Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; - Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> - Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne ; - Soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance. 	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres.	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

2. Dentaire

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

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « **100% santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes ;
- Un panier aux **tarifs maîtrisés/modérés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties ;
- Un panier aux **tarifs libres**, permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

3. Aide auditive

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

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans

pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% santé ;

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

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



Le remboursement de vos soins

Justificatifs à fournir pour être remboursé

Le tableau ci-après précise pour chaque acte les justificatifs attendus par notre organisme pour rembourser vos dépenses de santé.

Vous bénéficiez de la télétransmission NOÉMIE

La mention « Ce décompte a été transmis à MHN » sur vos décomptes santé de Sécurité sociale vous confirme que votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie nous transmet automatiquement vos décomptes santé. Vous n'avez donc pas besoin de nous les adresser à nouveau. Vos factures suffisent pour obtenir vos remboursements.

Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission NOÉMIE

Dans ce cas, vous devez obligatoirement nous adresser vos décomptes santé de Sécurité sociale, en plus de vos factures.

Cas particulier : si vous êtes couvert par deux contrats de complémentaire santé, vous devez également nous transmettre le décompte santé de votre 1^{er} organisme complémentaire.

BON À SAVOIR

Pour simplifier vos demandes de remboursement, pensez à demander la télétransmission NOÉMIE !

Comment envoyer vos justificatifs à MHN ?

Nous vous recommandons de nous adresser l'ensemble de vos justificatifs via votre espace client, rubrique « messagerie/nous écrire ». Vos demandes de remboursement seront traitées en priorité !

	Avec télétransmission Noémie	Sans télétransmission Noémie
Hospitalisation :		
• en hôpital public	Avis des sommes à payer + Attestation de paiement	
• en clinique conventionnée	Bordereau de facturation délivré par la clinique, acquitté et signé des praticiens	
• en clinique non conventionnée	Facture détaillée et acquittée	Facture détaillée et acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
• forfait hospitalier	Facture acquittée	
Transports	Néant	Facture acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
Consultations, visites, pharmacie, analyses, laboratoires, petite chirurgie, radiologie, auxiliaires médicaux	Néant	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
Orthopédie, petit appareillage, prothèses auditives	Facture détaillée et acquittée	Facture détaillée et acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
Cures thermales	Facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal + Facture détaillée et acquittée des frais d'hébergement et de transport	Facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal + Facture détaillée et acquittée des frais d'hébergement et de transport + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
Dentaire :		
• soins dentaires, parodontologie remboursés par la Sécurité sociale	Si dépassements d'honoraires ⁽¹⁾ , facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Si dépassement d'honoraires ⁽¹⁾ , facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées

	Avec télétransmission Noémie	Sans télétransmission Noémie
<ul style="list-style-type: none"> prothèses dentaires remboursés par la Sécurité sociale 	Facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées
<ul style="list-style-type: none"> prothèses non remboursées par la Sécurité sociale implant et pilier implantaire 	Facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées	
Dentaire :		
<ul style="list-style-type: none"> orthodontie remboursée par la Sécurité sociale 	Facture acquittée indiquant la date de début et de fin du semestre de traitement	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Facture acquittée indiquant la date de début et de fin du semestre de traitement
<ul style="list-style-type: none"> orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale 	Facture acquittée indiquant la date de début et de fin du semestre de traitement <i>Attention, notre participation sur les frais d'orthodontie non remboursés par la sécurité sociale n'intervient qu'au terme de chaque semestre de traitement</i>	
Optique :		
	Facture détaillée et acquittée + Prescription médicale	Facture détaillée et acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Prescription médicale
	<i>Attention, en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue : Facture détaillée et acquittée + Ancienne et nouvelle prescriptions médicales ou Nouvelle prescription médicale et tout document de l'opticien précisant la correction de l'équipement précédent ou Prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction</i>	
<ul style="list-style-type: none"> verres - monture 		
<ul style="list-style-type: none"> lentilles remboursées par la Sécurité sociale 	Facture détaillée et acquittée + Prescription médicale	Facture détaillée et acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Prescription médicale
<ul style="list-style-type: none"> lentilles non remboursées par la Sécurité sociale 	Prescription médicale + Facture détaillée et acquittée	
Autres soins	Prescription médicale (sauf pour l'ostéopathie, l'étiopathie, la chiropractie) + Facture détaillée et acquittée sur laquelle figurent les coordonnées complètes du praticien (avec son numéro ADELI ou son numéro RPPS) ayant les diplômes requis pour dispenser les soins prescrits, ainsi que la date, la nature et la personne bénéficiaire des soins	

(1) Les consultations chez un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologiste ainsi que les soins dentaires peuvent faire l'objet d'un dépassement d'honoraires dans les situations suivantes :

- en cas d'une exigence particulière de votre part comme, par exemple, une consultation en dehors des horaires habituels du cabinet ;
- vous consultez un chirurgien-dentiste qui dispose d'un droit permanent à dépassement (DP) ;
- vous consultez un médecin stomatologiste qui exerce en secteur 2, dit secteur à honoraires libres.

Dans chacune de ces situations, votre chirurgien-dentiste ou votre médecin stomatologiste est tenu de vous en informer au préalable.

Si votre chirurgien-dentiste ou votre médecin stomatologiste appliquent les dépassements d'honoraires dans d'autres situations que celles mentionnées ci-dessus, vous serez remboursé sur la base du tarif conventionnel, c'est-à-dire dans la limite du ticket modérateur.

À SAVOIR

Pour des soins engagés pendant des séjours temporaires à l'étranger, par des salariés détachés ou résidents à l'étranger; il faut nous transmettre la 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.





Les demandes de remboursement

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs doivent nous être fournies dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de la Sécurité sociale ou de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale. À défaut, le bénéficiaire se verra opposer la prescription mentionnée dans la partie Dispositions Générales.

Les bénéficiaires sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de nous fournir les déclarations et pièces justificatives listées précédemment.

Si vos documents à transmettre comportent des données médicales, vous pouvez nous les adresser sous pli cacheté portant la mention « confidentiel » à l'attention de M. le Médecin Conseil-Prestations Santé à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant. Nous nous réservons le droit de demander au bénéficiaire 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.

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

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

Le versement des prestations

Le montant des remboursements Frais de santé est viré directement sur le compte bancaire de l'assuré ou de son ayant droit et le décompte correspondant est adressé à son domicile et/ou par mail.

Afin d'enregistrer les coordonnées bancaires d'un ayant droit, l'assuré doit adresser à notre organisme le RIB du bénéficiaire des remboursements, la copie de sa carte d'identité ainsi que l'accord signé par les deux parties.

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

La procédure NOÉMIE (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Externes)

Cette procédure consiste, sur demande, en la télétransmission directe et automatique à notre organisme par la Sécurité sociale de l'image informatique de son décompte papier le jour même du traitement, d'où une réduction des délais de remboursement.

Il n'est plus nécessaire d'attendre de recevoir le décompte papier de la Sécurité sociale pour le transmettre ensuite à notre organisme, seuls les justificatifs indiqués en pages 9 et 10 sont à adresser à notre organisme pour le versement des prestations.

Cette procédure est ouverte à l'assuré et à ses ayants droit remboursés par le régime général de la Sécurité sociale et qui n'ont pas de régime complémentaire personnel (si tel est le cas, le dossier à rembourser doit être envoyé en priorité à leur organisme propre). La demande doit être effectuée sur le bulletin d'affiliation.

Les échanges Noémie ne concernent pas les travailleurs non salariés (commerçants, artisans...) ainsi que les assurés à un régime spécial de Sécurité sociale (agricole, SNCF...).

Pour en bénéficier, merci d'en faire la demande par écrit auprès de MHN.

Si l'assuré ne bénéficie pas de la procédure Noémie, ou ne souhaite pas en bénéficier, ses ayants droit ne pourront pas en profiter.

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

Les dépenses de soins ou interventions engagées dans un pays de l'Union Européenne ou dans un pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français sont garanties.

Dès lors que vous bénéficiez d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil, l'intervention s'effectue en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat.

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) dans la limite des garanties du contrat et en tout état de cause dans la limite de 300 % de la Base de Remboursement pour les honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.

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

CONSEIL PRATIQUE

Vous pouvez effectuer votre demande de prise en charge en vous connectant à votre Espace client.



Le tiers payant généralisé

Notre organisme met à votre disposition et celle de vos bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers payant) sur l'ensemble de vos garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

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

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

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

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

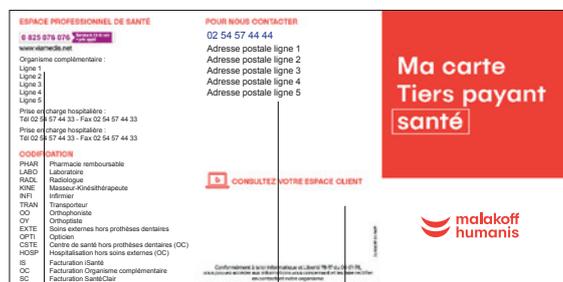
Votre carte est également disponible dans l'application «Humanis Appli-Santé». Vous pouvez l'envoyer par email et l'imprimer, à tout moment.

L'avance dentaire

Des avances dentaires sont possibles pour des frais de prothèses dentaires importants. Une avance est faite à hauteur de 80 % du remboursement fixé dans votre contrat, réglée directement auprès du praticien. Cette procédure vous évite toute avance de fonds significative.

Pour cela, il vous suffit de faire une demande écrite où vous devez faire figurer :

- votre numéro de Sécurité sociale (sinon joindre la partie haute d'un décompte),
- les nom et adresse du praticien auprès duquel doit s'effectuer le paiement,
- joindre à votre courrier de demande le devis détaillé (codification des actes et prix) établi par ce praticien.



Détail des prestations en tiers payant.

Pour nous contacter.

Informations réservées aux professionnels de santé.

Adresse pour accéder à vos services en ligne.

Nom Prénom	Période de validité											N° Adhérent		
	PHAR	LABO	RADL	KINE	INFI	TRAN	OO	OY	EXTE	OPTI	CSTE	HOSP	N° AMEC	Type Coins.
Durand Paul	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
A 1910119194 - 01 - 274079203	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

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

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

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

Vos services avantages

Nous vous accompagnons en innovant au quotidien pour vous donner le meilleur et vous faciliter l'accès aux soins. Depuis le 1^{er} janvier 2020, bénéficiez d'une offre de

services plus performante : nouveaux réseaux de soins Kalixa, ComparHospit, téléconsultation et une nouvelle assistance en cas de besoin.

Kalixa : la qualité à prix négocié

KALIXIA OPTIQUE

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

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

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

⁽²⁾ À hauteur des garanties souscrites.

Le +

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

KALIXIA DENTAIRE

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

1. Depuis votre espace client, choisissez parmi les chirurgiens-dentistes partenaires du réseau Kalixa 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 Kalixa.
4. Suivez vos remboursements depuis votre Espace Client.

⁽¹⁾ À hauteur des garanties souscrites

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

Le +

En passant par le réseau Kalixa dentaire,

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

KALIXIA AUDIO

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

1. Depuis votre espace client, trouvez votre audioprothésiste parmi les audioprothésistes partenaires de votre nouveau réseau Kalixa 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 Kalixa.
4. Suivez vos remboursements.

⁽¹⁾ À hauteur des garanties souscrites.

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

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

Le +

Avec le réseau Kalixa 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 plus de 450 ostéopathes partenaires sélectionnés pour la qualité de leur pratique, profitez des honoraires négociés et plafonnés par département.
2. Vous avez la possibilité de prendre des rendez-vous en ligne pour les ostéos qui le proposent.



Où trouver un professionnel partenaire du réseau KALIXIA ?

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

Comparhospit.fr : préparer votre hospitalisation sereinement

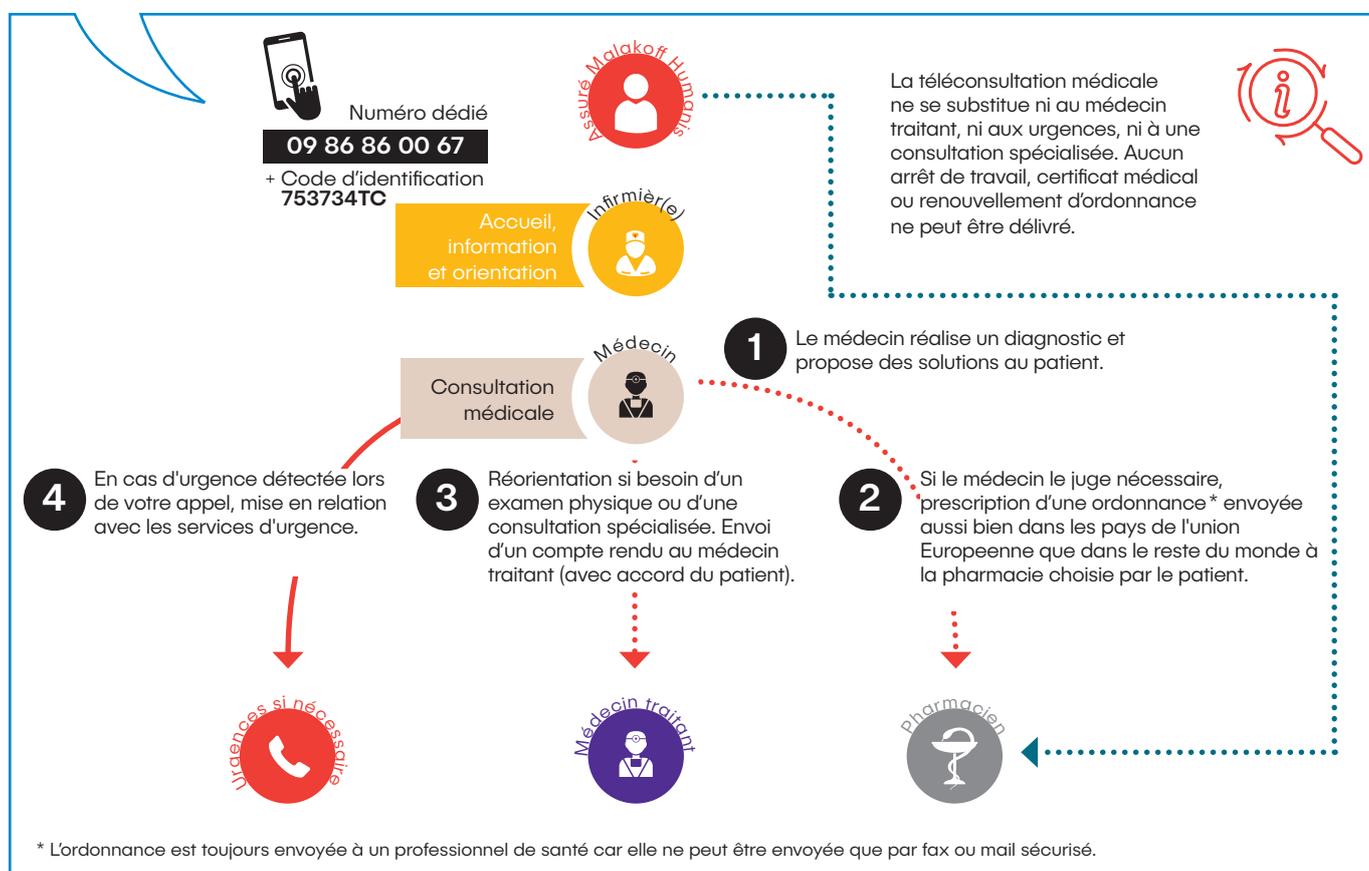
Être hospitalisé peut vite représenter une source d'inquiétude. Quel hôpital ? Quel prix ? Nous ne vous laissons pas seul dans ces moments là et nous vous accompagnons en mettant à votre disposition le site internet Comparhospit accessible depuis votre Espace Client.

1. depuis votre espace client, informez-vous sur les établissements hospitaliers et accédez aux indicateurs de qualité et avis de patients sur l'ensemble des hôpitaux et cliniques,
2. renseignez-vous sur le coût des soins avec notre service Devis et obtenez une estimation du montant pris en charge pour vos frais d'hébergement et honoraires médicaux,
3. engagez vos frais médicaux avec votre carte de tiers payant pour éviter l'avance de frais. En cas de dépassements d'honoraires, adressez votre facture scannée ou photographiée,
4. suivez vos remboursements depuis votre Espace Client.

La téléconsultation : votre santé sans délai

Afin de faciliter votre quotidien, notre organisme met à votre disposition l'accès au service de téléconsultation. Sur simple appel, vous êtes mis en relation avec une équipe médicale afin de faire le point sur votre situation et trouver des solutions adaptées dans le respect de la confidentialité.

Ce service, disponible 24h/24 et 7j/7 depuis la France ou à l'étranger, est limité à 5 téléconsultations par an par bénéficiaire.



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

N° Cristal **09 79 99 03 03**

APPEL NON SURTAXÉ

Du lundi au samedi de 8h à 20h

Avec votre identifiant numéro de convention n° 753734

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.



Depuis votre espace client, prenez soin de votre santé

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

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

Gérez votre contrat

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

Suivez vos remboursements

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

Effectuez vos démarches

- Une **hospitalisation** prévue ? Vous réalisez en ligne une demande de prise en charge hospitalière et vous évitez ainsi une avance de frais conséquente.

- Vous transmettez vos **devis** pour connaître le montant de votre prise en charge.
- Recherchez un établissement de soins.

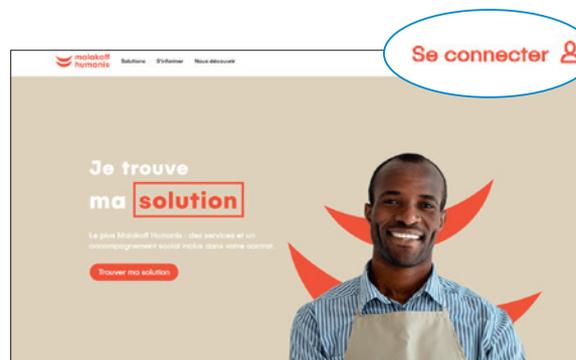
Contactez le service client

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

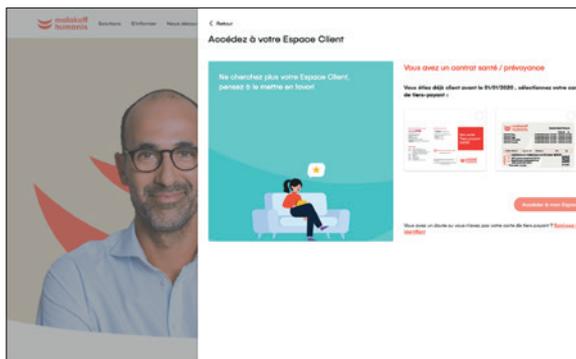
Avec votre Espace client, **gardez le contact**.

Comment créer votre espace client santé ?

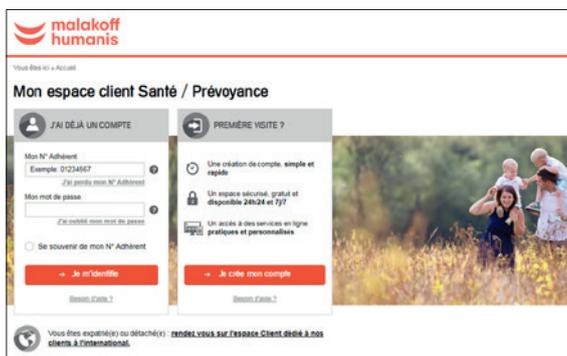
- 1 Connectez-vous sur malakoffhumanis.com et cliquez sur Se connecter > Particulier > Santé/Prévoyance.



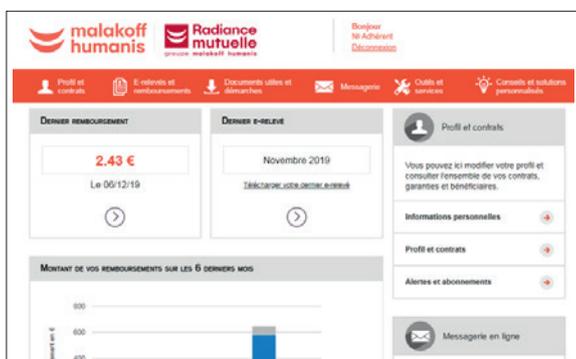
- 2 Sélectionnez le visuel de votre carte de tiers-payant et cliquez sur «Accéder à mon Espace».



- 3 Cliquez sur «Je crée mon compte», saisissez votre numéro de Sécurité sociale (ou votre numéro d'adhérent), et complétez le formulaire puis validez.



- 4 Vous recevez immédiatement un e-mail de confirmation de création de compte et accédez à tous les services de votre Espace Client.



À SAVOIR

Votre numéro d'adhérent figure sur votre carte de tiers payant ou sur l'un de vos décomptes de prestations.



Géolocalisation

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

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



BESOIN D'AIDE POUR VOUS CONNECTER ?

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

Vous êtes plutôt appli-mobile

Retrouvez également vos services sur l'**Appli-Santé Humanis** !

L'application Humanis Appli-Santé en téléchargement gratuit(*) permet de bénéficier de services pratiques liés au contrat santé, à tout moment sur smartphone et tablette.



(*) Application disponible sur Google Play & Apple Store

DE NOMBREUX SERVICES DISPONIBLES

- Consultation de remboursements santé
- Carte de Tiers payant dématérialisée
- Prise en charge hospitalière
- Recherche et géolocalisation d'un professionnel de santé
- Carnet vaccinal et alerte pour les prises de médicaments
- Localisation d'une agence Malakoff Humanis à proximité

L'accompagnement social est à vos côtés



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

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

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

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

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

Une plaquette spécifique, détaillant l'ensemble des solutions proposées par l'accompagnement social, est mise à la disposition des salariés.



Par téléphone :

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

Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

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



Par internet :

Connectez-vous à votre Espace Client sur malakoffhumanis.com

Dispositions générales

Affiliation au contrat en cas de suspension du contrat de travail

Les salariés en cessation anticipée d'activité (au titre des notes d'instruction générale C.E.A 119/419, 213 et CAA FLS) percevant un salaire d'inactivité, ainsi que les salariés en congé sans solde de moins d'un mois ou en congé indemnisé au titre du compte épargne temps, bénéficient au titre du présent contrat du maintien de leur affiliation au contrat et par conséquent de leurs garanties moyennant le paiement des cotisations.

Le bénéfice des garanties est maintenu à l'assuré en invalidité 2^e ou 3^e catégorie, bénéficiaire d'une couverture invalidité mise en place par le CEA, s'il bénéficie d'une rente d'invalidité, complémentaire financée au moins pour partie par l'adhérent, qu'elle soit versée directement par l'adhérent ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

L'assuré en invalidité 1^{ère} catégorie, bénéficiaire d'une couverture invalidité mise en place par le CEA et qui a fait le choix de ne pas poursuivre leur activité professionnelle est également couvert au titre du contrat collectif facultatif.

L'assuré en congé parental ou en congé sans solde supérieur à un mois non indemnisé au titre du compte épargne temps peut demander à conserver le bénéfice des garanties santé en adhérant à titre individuel et moyennant le paiement des cotisations à l'un des contrats collectifs à adhésion facultative souscrits par l'adhérent auprès de la Mutuelle. Les conditions de maintien sont décrites dans une notice spécifique.

Sous réserve de l'application du maintien des garanties Santé au titre de la « portabilité des droits », l'affiliation de l'assuré cesse :

- soit à la date de son départ de l'entreprise (démission, licenciement, retraite...) à l'exception des assurés poursuivant sans interruption une activité salariée en « cumul emploi-retraite » auprès de l'entreprise,
- soit à la date d'évolution dans une catégorie non assurée,
- soit à la date de résiliation du contrat ou de non-renouvellement du contrat,
- soit à la date du décès de l'assuré.

La cessation de l'affiliation entraîne la fin des garanties.

À SAVOIR

En cas de cessation des garanties, vous devez nous faire parvenir votre carte de tiers payant.

Notre organisme récupère auprès de l'assuré toutes prestations indûment réglées.



Les demandes de remboursement de soins adressées après la fin des garanties pourront être prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité sociale soit antérieure à la date de fin de couverture.

Fin des garanties des ayants droit

L'affiliation des bénéficiaires prend fin en cas de cessation de l'affiliation de l'assuré. Elle cesse également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées pour être bénéficiaire.

Maintien des garanties

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

Conditions du maintien de l'affiliation

Le dispositif de maintien de couverture dit de « portabilité des droits » au profit des anciens salariés, étendu à l'ensemble des entreprises, résulte des dispositions de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale.

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

Notre organisme tient à la disposition de l'entreprise un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu'il devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture, à moins que cette obligation ne soit remplie par le biais de la DSN. Il incombe à l'entreprise d'informer l'assuré du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

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

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

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

Obligations déclaratives

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

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

Garanties

L'assuré bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail.

Le maintien des garanties est accordé aux ayants droit définis au contrat.

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

L'entreprise s'engage à informer l'assuré de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par notre organisme.

Financement

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

Maintien de garanties Santé au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Les personnes suivantes peuvent continuer à bénéficier de garanties Santé à titre individuel, moyennant paiement de cotisations spécifiques :

- **les anciens salariés bénéficiaires** d'une prestation d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité, d'une allocation de chômage, de préretraite ou de retraite, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, ou **le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.**

Notre organisme adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

- **les personnes garanties** par l'intermédiaire de l'assuré décédé sous réserve que la demande en soit faite dans les six mois suivant le décès. Le maintien des garanties est effectif pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

Notre organisme leur adresse la proposition de maintien de la couverture dans le délai de deux mois à compter du décès, l'entreprise devant en informer préalablement notre organisme.

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

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

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

Fausse déclaration

Conformément à l'article L. 221.14 du Code de la Mutualité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'assuré susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour notre organisme, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat est annulé de plein droit.

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

Prescription

Toutes actions dérivant des opérations collectives à adhésion obligatoire, objet du présent régime, sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance conformément à l'article L932-13 du Code de la Sécurité sociale.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour ou notre organisme en a eu connaissance ;**
- **en cas de réalisation des risques garantis au titre des présentes dispositions générales, que du jour ou les intéressés en ont connaissance s'ils prouvent qu'ils les ont ignorés jusque-là. Quand l'action de l'adhérent contre notre organisme a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour ou ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.**

La prescription est interrompue par :

- **l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception concernant l'action en paiement des cotisations ou des prestations et la désignation d'un expert ;**

- la citation en justice ;
- l'impossibilité d'agir ;
- la reconnaissance par notre organisme (ou l'assuré) du droit de l'assuré (ou de notre organisme) contre lequel il prescrivait ;
- la reconnaissance de dettes.

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

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

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

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

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

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

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

Justificatifs – contrôle médical

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

La charge des honoraires de ces professionnels de santé est supportée par notre organisme, sauf en cas de fraude avérée par le bénéficiaire. Nous pouvons aussi vous demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de votre situation. De même, tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées ou la réalité des prestations elles-mêmes peuvent vous être demandées. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat.**

Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux, pour lesquels nous nous réservons la possibilité de demander tous justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli...).

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

Réclamations – Médiation

Il est mis à votre disposition la possibilité de contacter le service « Satisfactions Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du contrat, à l'adresse suivante :

**Malakoff Humanis Nationale
Service Satisfaction Clients**

303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran cedex

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur la lettre de confirmation de votre adhésion

À compter de la réception de la réclamation, notre organisme apporte une réponse circonstanciée à l'assuré dans un délai de 10 jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, notre organisme adresse au demandeur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Après épuisement des voies de recours internes de traitement des réclamations et si le désaccord persiste après la réponse fournie par notre organisme, l'assuré, ses bénéficiaires ou notre organisme peuvent avoir recours, sur simple demande écrite, au médiateur de la mutualité française dès lors qu'aucune action contentieuse n'a été engagée.

Le règlement de la médiation de la mutualité française est communiqué sur simple demande.

Le dossier, constitué des documents et éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à transmettre à l'adresse suivante :

**Mutualité Française
Monsieur le Médiateur de la consommation
de la Mutualité Française
255 rue de Vaugirard – 75719 Paris cedex 15
<https://www.mediateur-mutualite.fr/>**

La saisine du médiateur de la mutualité française interrompt la prescription.

Le médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation devront être informées.

L'avis du médiateur ne préjuge pas du droit de l'assuré ou de l'ayant-droit d'intenter une action en justice.

Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations communiquées sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou par l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en oeuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude. Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ces données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de l'assuré (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). L'ensemble des durées de conservation des données sont précisées sur le site internet du groupe Malakoff Humanis à l'adresse URL suivante : <https://www.malakoffhumanis.com/politique-protection-des-donnees/>

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de ses données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer au traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes: dpo@malakoffhumanis.com ou à Groupe Malakoff Humanis - Pôle Informatique et Liberté - 21 rue Laffitte - 75317 Paris

cedex 9. Vous pouvez également demander la portabilité des données qu'il a fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. Un justificatif d'identité pourra lui être demandé par l'organisme assureur pour confirmer son identité avant de répondre à sa demande.

Le site internet du groupe Malakoff Humanis peut être consulté pour de plus amples informations à l'adresse URL suivante : <https://malakoffhumanis.com/politique-protection-des-donnees>

En tout état de cause, vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Prospection commerciale par voie téléphonique

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique vous pouvez vous inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret - 10 000 Troyes.

Toutefois, tant que le contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, votre inscription n'interdit pas à notre organisme de vous démarcher téléphoniquement si vous vous n'êtes pas opposé auprès de notre organisme, à l'adresse mentionnée à l'article ci-avant, à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

Autorité de tutelle

Notre organisme est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS92459 - 75436 Paris cedex 09.

Principe réglementaire de remboursement

Étendue de la couverture santé

Les garanties Frais de santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les bénéficiaires, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus et des frais non pris en charge dans le cadre du « contrat solidaire et responsable ».

Si le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin est affilié à un régime de base de Sécurité sociale différent du régime général (régimes spéciaux ou régime agricole), les remboursements Sécurité sociale seront rétablis sur la base des taux du régime général de la Sécurité sociale s'ils sont supérieurs.

Certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu

cependant à un remboursement par notre organisme dans les conditions fixées dans le tableau des garanties.

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

Le forfait actes lourds est pris en charge intégralement.

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

Dès lors que le remboursement de notre organisme est plafonné, la limite doit s'entendre par an et par bénéficiaire sauf dispositions spécifiques figurant dans le tableau des garanties.

Contrat solidaire et responsable

Votre contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « contrat solidaire » et de « contrat responsable ». Il respecte les conditions posées à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et aux textes d'application de celui-ci. Il satisfait aux dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale. Les garanties telles qu'elles sont définies dans la présente notice d'information ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires relatives aux contrats « responsables » en vigueur au jour de la signature du contrat. En cas de contradiction entre ces règles et celles prévues par le contrat, les règles du contrat responsable prévaudront.

Votre contrat est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « contrat responsable » ou au « contrat solidaire ».

Ne sont pas pris en charge :

- **la participation forfaitaire visée à l'article L.160.13 II du Code de la sécurité sociale, due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile ;**
- **les franchises médicales visées à l'article L.160.13 II du Code de la sécurité sociale, applicables dans les**

conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la sécurité sociale pour certains produits et prestations ;

- **la majoration de la participation du bénéficiaire à ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le cas où :**
 - **il n'a pas choisi son médecin traitant,**
 - **il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant,**
 - **il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour, lorsque cette disposition rentrera en vigueur ;**
- **les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par le médecin spécialiste lorsque le bénéficiaire le consulte directement sans respecter le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques visé à l'article L.162-5 18° du Code de la sécurité sociale.**
- **le plafonnement des remboursements pour les consultations des médecins de secteur 2 non signataires de DPTAM. La prise en charge n'est pas plafonnée par le décret pour les médecins signataires de DPTAM.**

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

RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge :

- **les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.**
- **les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.**

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

En aucun cas, ces exclusions ne peuvent faire obstacle aux obligations minimales de prise en charge prévues pour les contrats «responsables».

Vos contacts utiles Malakoff Humanis

Suivre votre contrat santé

Espace client : malakoffhumanis.com

Téléphone : 09 69 399 938 (appel non surtaxé)
du lundi au vendredi de 8h30 à 19h

Email : cea@malakoffhumanis.com

Adresse : Malakoff Humanis - TSA 40001 - 41970 Blois cedex 9



MHN, MALAKOFF HUMANIS NATIONALE

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité,
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 339 358 681

Siège social : 139/147 rue Paul Vaillant-Couturier - 92240 Malakoff
Mutuelle membre du groupe Malakoff Humanis - 21 rue Laffitte - 75009 Paris
malakoffhumanis.com

