

CFDT-OTIS

OTIS

Notice d'information santé

Garanties réservées à l'ensemble du personnel

Janvier 2020





Sommaire

Votre complémentaire santé	3
Pour mieux se comprendre	5
Le détail de vos garanties	6
Zoom sur le 100 % santé	11
Le remboursement de vos soins	13
Votre contrat en pratique	14
Dispositions générales	19
Principe règlementaire de remboursement	22

Votre complémentaire santé

► Quelle est la date d'effet ?

Votre affiliation au contrat santé est effective :

- dès la date d'effet du contrat,
- à votre date d'embauche ou de mutation dans la catégorie de salariés garantis 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 « Participant » dans cette notice.

► Qui est couvert par le contrat Santé ?

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

► Quels sont vos bénéficiaires ?

- **votre conjoint ou assimilé** (partenaire lié par un PACS ou concubin) même bénéficiant à titre personnel du régime de la sécurité sociale.
- **vos enfants** à charge.
- **vos ascendants** à charge.

À savoir

- **le conjoint** doit être non divorcé, ni séparé de corps judiciairement.
- **le concubin** est la personne vivant en concubinage avec le Participant. 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.
- **les ascendants à charge du participant ou ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un PACS, vivant sous le toit du participant sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation.**

Cas particulier des ascendants et descendants à charge figurant sur la carte de sécurité sociale du participant ou celle du conjoint ou assimilé sont considérés comme personne à charge du participant pendant la période transitoire instaurée par la Protection Maladie Universelle et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2019 tant que leur situation ne subit pas de changement durant cette période.



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

Votre enfant, celui de votre conjoint, de votre partenaire lié par un PACS ou de votre concubin, s'il est effectivement à votre charge, c'est-à-dire si vous pourvoyez à ses besoins et assurez son entretien et qui répond à l'une des conditions suivantes :

- être **âgé de moins de 18 ans** , être non salarié et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale (votre ayant droit ou celui de votre conjoint ou assimilé),
Cas particulier des enfants âgés de 18 à moins de 21 ans, non salariés et ayant la qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale du Participant, de son conjoint ou assimilé dans le cadre de la réforme de la Protection Maladie Universelle : ces ayants droit majeurs déjà à charge au sens de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2016 conservent la qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale pendant la période transitoire instaurée par la Protection Maladie Universelle et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2019 tant que leur situation ne subit pas de changement durant cette période. Ils sont considérés comme enfants à charge au titre du contrat.
- être **âgés de moins de 21 ans** , être non salariés, bénéficiers d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale du Participant ;
Attestation carte Vitale
- être **âgé de moins de 26 ans** , sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation et :
 - être à la recherche d'un 1^{er} emploi et inscrit à ce titre au Pôle Emploi, et ne se livrer à aucune activité rémunératrice habituelle et durable,
Notification de décision d'indemnisation ou non de Pôle Emploi
 - ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
Copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation
- être **âgé de moins de 26 ans** , être non salarié, reconnu à charge par l'administration fiscale ou non imposable et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
Copie du certificat de scolarité
- **quel que soit son âge** , sous réserve qu'il soit atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant son 26^e anniversaire.
Copie de la carte d'invalidité ou copie de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité »

► Comment inscrire un bénéficiaire ?

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

Vous devez nous adresser :

- pour votre **conjoint** : une copie de votre livret de famille ainsi qu'une copie de votre certificat de mariage.
- pour votre **partenaire lié par un PACS** : une attestation d'engagement dans les liens d'un pacte civil de solidarité ;
- pour votre **concubin** : une attestation sur l'honneur de concubinage signée par les 2 concubins et un justificatif de domicile commun (par exemple, facture d'électricité, bail commun, attestation d'assurance...);
- pour les **personnes à charge** : des pièces spécifiques selon la situation de chacun sont demandées. Reportez-vous à la définition des enfants à charge.

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.

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

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



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**

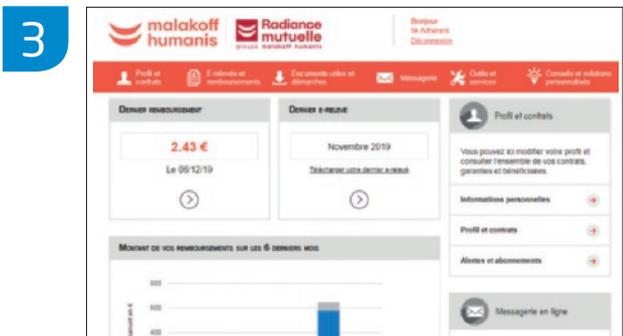
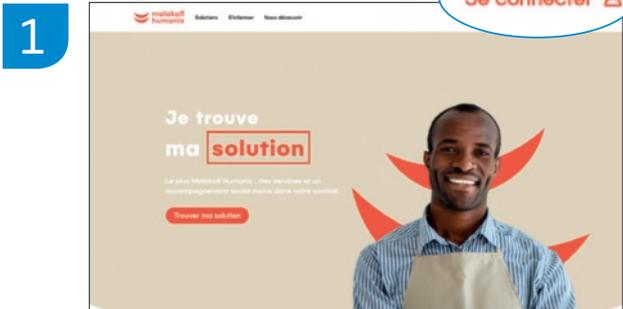
Téléphone : **3646** (prix d'un appel local depuis un poste fixe)

► Comment mettre à jour votre situation de famille ?

Dans votre Espace client sur internet, vous avez la possibilité de visualiser les bénéficiaires de votre contrat. Vous pouvez aussi procéder à des modifications. Le mode d'accès est détaillé dans la partie « les services associés à votre contrat ».

Rendez-vous sur :

malakoffhumanis.com



À noter

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

Actes hors nomenclature

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

Allocation forfaitaire maternité

Une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents à la naissance, est versée pour la naissance d'un enfant du Participant, déclaré à l'état civil. Elle est doublée en cas de naissance multiple.

Pour l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans par le Participant, la même allocation est versée.

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

Base de Remboursement (BR)

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

Bénéficiaire

Le Participant et, le cas échéant, ses ayants droit dans les conditions définies dans la présente notice.

Contrat responsable

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

Contrat solidaire

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

Cure thermale

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

Hospitalisation

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

Médecine alternative

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

Montant Remboursé par la sécurité sociale (MR)

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

Nomenclature

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

OPTAM/OPTAM-CO

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

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

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

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

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

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

Personne protégée

Ce sont le Participant et ses ayants droit garantis par le contrat (bénéficiaire).

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 2020 : 3 428 €**.

Vous pourrez retrouver cette valeur actualisée sur notre site internet.

Sécurité sociale

Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

Tarif d'autorité

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

Tarif forfaitaire de responsabilité

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

Ticket Modérateur (TM)

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

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 EN COMPLEMENTS DES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE	REGIME SOCLE - Adhésion obligatoire -	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE (y compris les garanties du socle) - Adhésion obligatoire
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)		
Honoraires - Signataires OPTAM/OPTAM CO	100 % FR - MR	100 % FR - MR
Honoraires - Non signataires OPTAM/OPTAM CO	200 % BR - MR	100 % FR - MR
Frais de séjour	100 % FR - MR	100 % FR - MR
Chambre particulière	3 % PMSS/jour	3 % PMSS/jour
Chambre particulière du conjoint ou d'un enfant	55 €/jour	55 €/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)		
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	24 €	24 €
Transport remboursé par la sécurité sociale	100 % FR - MR	100 % FR - MR
SOINS DE VILLE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)		
Consultations et visites, généralistes - Signataires OPTAM/OPTAM CO	TM + 90 % (FR - BR), dans la limite de 40 €	TM + 90 % (FR - BR), dans la limite de 40 €
Consultations et visites, généralistes - Non signataires OPTAM/OPTAM CO	TM + 90 % (FR - BR), dans la limite de 40 € et de TM +100 % BR	TM + 90 % (FR - BR), dans la limite de 40 €
Consultations et visites, spécialistes - Signataires OPTAM/OPTAM CO	TM + 90 % (FR - BR), dans la limite de 75 €	TM + 90 % (FR - BR), dans la limite de 75 €
Consultations et visites, spécialistes - Non signataires OPTAM/OPTAM CO	TM + 90 % (FR - BR), dans la limite de 75 € et de TM + 100 % BR	TM + 90 % (FR - BR), dans la limite de 75 €
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires OPTAM/OPTAM CO	TM + 90 % (FR - BR), dans la limite de 300% BR	TM + 90 % (FR - BR), dans la limite de 300 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non signataires OPTAM/OPTAM CO	TM + 90 % (FR - BR), dans la limite de TM + 100 % BR	TM + 90 % (FR - BR), dans la limite de 300 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires OPTAM/OPTAM CO	TM + 90 % (FR - BR), dans la limite de 300 % BR	TM + 90 % (FR - BR), dans la limite de 300 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non signataires OPTAM/OPTAM CO	TM + 90 % (FR - BR), dans la limite de TM + 100 % BR	TM + 90 % (FR - BR), dans la limite de 300 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	90 % FR - MR avec un minimum de 100 % TM	90 % FR - MR avec un minimum de 100 % TM
Auxiliaires médicaux	90 % FR - MR avec un minimum de 100 % TM	90 % FR - MR avec un minimum de 100 % TM
Autre appareillage remboursé par la sécurité sociale	TM + 90 % du dépassement	TM + 90 % du dépassement
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	24 €	24 €
AIDES AUDITIVES		
À compter du 01/01/2020		
Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité	90 % FR - MR avec un minimum de 100 % TM	90 % FR - MR avec un minimum de 100 % TM
Bénéficiaire à compter du 21 ^e anniversaire		

À compter du 01/01/2021 (renouvellement par appareil tous les 4 ans)		
Équipement prothèses auditives 100 % Santé * (classe 1)	Sans reste à payer	
Équipement prothèses auditives autres que 100 % Santé * (classe 2)		
Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité	90 % FR - MR avec un minimum de 100 % TM / oreille limité à 1 700 € moins remboursement sécurité sociale par prothèse (1 équipement tous les 4 ans) Consommables & Accessoires (hors 100 % Santé) : remboursement minimum à hauteur du TM	90 % FR - MR avec un minimum de 100 % TM / oreille limité à 1 700 € moins remboursement sécurité sociale par prothèse (1 équipement tous les 4 ans) Consommables & Accessoires (hors 100 % Santé) : remboursement minimum à hauteur du TM
Bénéficiaire à compter du 21 ^e anniversaire		
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	100 % TM	100 % TM
TRANSPORT		
Transport remboursé par la sécurité sociale	90 % FR - MR avec un minimum de 100% TM	90 % FR - MR avec un minimum de 100% TM
FRAIS DENTAIRES		
Soins et prothèses 100 % Santé**	Sans reste à payer	
Soins		
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	200 % BR	200 % BR
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale	500 €/an/bénéficiaire	500 €/an/bénéficiaire
Prothèses autres que 100 % Santé		
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale à tarif maîtrisés	420 % BR limité à 90 % FR avec un minimum du TM dans la limite des honoraires limites de facturation	420 % BR limité à 90 % FR avec un minimum du TM dans la limite des honoraires limites de facturation
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale à tarif libre	420 % BR limité à 90 % FR avec un minimum du TM	420 % BR limité à 90 % FR avec un minimum du TM
Inlays-onlays non remboursés par la sécurité sociale	420 % BR limité à 90 % FR avec un minimum du TM	420 % BR limité à 90 % FR avec un minimum du TM
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale dents visibles à tarif maîtrisés *** : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	570 % BR limité à 90 % FR avec un minimum de TM + 25 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation	570 % BR limité à 90 % FR avec un minimum de TM + 25 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale dents non visibles à tarif maîtrisés *** : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	420 % BR limité à 90 % FR avec un minimum de TM + 25 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation	420 % BR limité à 90 % FR avec un minimum de TM + 25 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale dents visibles à tarif libre **** : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	570 % BR limité à 90 % FR avec un minimum de TM + 25 % BR	570 % BR limité à 90 % FR avec un minimum de TM + 25 % BR

GARANTIES EN COMPLEMENTS DES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE	REGIME SOCLE - Adhésion obligatoire -	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE (y compris les garanties du socle) - Adhésion obligatoire
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale dents non visibles à tarif libre **** : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	420 % BR limité à 90 % FR avec un minimum de TM + 25 % BR	420 % BR limité à 90 % FR avec un minimum de TM + 25 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale dents visibles : - Couronnes et bridges - Prothèses dentaires provisoires - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	570 % BRR ⁽²⁾ limité à 90 % FR	570 % BRR ⁽²⁾ limité à 90 % FR
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale dents non visibles : - Couronnes et bridges - Prothèses dentaires provisoires - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	420 % BRR ⁽²⁾ limité à 90 % FR	420 % BRR ⁽²⁾ limité à 90 % FR
Orthodontie		
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	400 % BR	400 % BR
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	400 % BRR	400 % BRR
Implantologie		
Implant	300 €/implant (maxi 3 implants/an/bénéficiaire)	300 €/implant (maxi 3 implants/an/bénéficiaire)
Pilier implantaire	200 €/pilier implantaire (maxi 3 piliers implantaires/an/bénéficiaire)	200 €/pilier implantaire (maxi 3 piliers implantaires/an/bénéficiaire)
FRAIS D'OPTIQUE		
Renouvellement à compter de la date d'acquisition : - tous les 2 ans adultes et enfants 16 ans et plus ; - tous les ans enfants +6 ans et - 16 ans ; - tous les 6 mois enfants -6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, sinon renouvellement tous les ans. Exceptions : Renouvellement anticipé pour raisons médicales / le contrat peut couvrir la prise en charge de 2 équipements optique pour les assurés présentant un défaut de vision de près et de loin, qui ne peuvent ou ne veulent pas porter de verres progressifs ou multifocaux. Dans ce cas les règles du contrat responsable s'appliquent à chacun des équipements, plancher, plafonds et délai de renouvellement.		
Équipement 100 % Santé**** (classe A)		
Verres et montures (y compris l'examen de la vue par l'opticien)	Sans reste à payer	
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) - Plafonds y compris remboursement sécurité sociale⁽³⁾		
Monture adulte	90 % FR dans la limite de 100 €	90 % FR dans la limite de 100 €
Monture enfant	90 % FR dans la limite de 100 €	90 % FR dans la limite de 100 €
Verres dans le réseau KALIXIA	90 % FR dans la limite des minimas et maximas des contrats responsables	90 % FR dans la limite des minimas et maximas des contrats responsables
Verres hors du réseau KALIXIA	80 % FR dans la limite de la grille optique	80 % FR dans la limite de la grille optique
Lentilles remboursées par la sécurité sociale	90 % FR avec un minimum de 100 % TM	90 % FR avec un minimum de 100 % TM
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale (y compris jetables)	90 % FR limité à 6,50 % PMSS/an/bénéficiaire	90 % FR limité à 6,50 % PMSS/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	60 % FR dans la limite de 600 € par œil	60 % FR dans la limite de 600 € par œil

GARANTIES EN COMPLEMENTS DES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE	REGIME SOCLE - Adhésion obligatoire -	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE (y compris les garanties du socle) - Adhésion obligatoire
PRÉVENTION ET AUTRES SOINS		
Cure thermale remboursée par la sécurité sociale : honoraires et soins, transport et hébergement	70 % BR dans la limite de 90% FR -MR	70 % BR dans la limite de 90% FR -MR
Ostéopathie, méthode mezières, acupuncture, chiropractie	60 % FR dans la limite de 45 €/séance et de 300 €/an/bénéficiaire	60 % FR dans la limite de 45 €/séance et de 300 €/an/bénéficiaire
Psychologue, psychomotricité, psychothérapie pour adulte	60 % FR dans la limite de 45 €/séance et de 450 €/an/bénéficiaire	60 % FR dans la limite de 45 €/séance et de 450 €/an/bénéficiaire
Psychologue, psychomotricité, psychothérapie pour enfants à charge	60 % FR dans la limite de 45 €/séance et de 900 €/an/bénéficiaire	60 % FR dans la limite de 45 €/séance et de 900 €/an/bénéficiaire
Actes médicaux non remboursés par la sécurité sociale - Radiologie non remboursée par la sécurité sociale	60 % FR dans la limite de 60 €/acte et de 300 €/an/bénéficiaire	60 % FR dans la limite de 60 €/acte et de 300 €/an/bénéficiaire
Analyse non remboursée par la sécurité sociale	60 % FR dans la limite de 90 €/an/bénéficiaire	60 % FR dans la limite de 90 €/an/bénéficiaire
Traitement anti-tabac non remboursé par la sécurité sociale	60 % FR dans la limite de 120 €/an/bénéficiaire	60 % FR dans la limite de 120 €/an/bénéficiaire
Pilules contraceptives prescrites et non remboursées par la sécurité sociale	60 % FR dans la limite de 60 €/an/bénéficiaire	60 % FR dans la limite de 60 €/an/bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale	90 % FR	90 % FR
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale ⁽⁴⁾	Pris en charge	Pris en charge

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) BR reconstituée sur la base d'un SPR 50 = 107,50 €

(3) avec un minimum de 100 € pour un équipement avec 2 verres simples, 200 € pour un équipement avec 2 verres complexes ou 2 verres hypercomplexes et 150 € pour un équipement avec un verre simple et un verre complexe ou hypercomplexe, conformément au contrat Responsable. Remb. sécurité sociale compris.

En cas de panachage, le montant de remboursement de l'équipement sur la classe A est déduit de la garantie de l'équipement sur la classe B

(4) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. À titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

BR : Base de Remboursement de la sécurité sociale / **OPTAM** : Option pratique tarifaire maîtrisée / **FR** : Frais Réels /

MR : Montant remboursé par la sécurité sociale PMSS : Plafond Mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année / **SS** : sécurité sociale

* tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) et sous déduction du Montant Remboursé par la sécurité sociale

** tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dans la limite des honoraires de facturation (honoraires limite facturation du : HLV) et sous déduction du Montant Remboursé par la sécurité sociale. À compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire.

***cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les «Soins et prothèses 100 % Santé» dont les honoraires de facturation sont limités et sous déduction du Montant remboursé par la sécurité sociale

****cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités

***** tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) et sous déduction du Montant Remboursé par la sécurité sociale

Comprendre vos remboursements

Pour le contrat socle collectif obligatoire :

- Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent en complément du remboursement de la sécurité sociale.
- L'assureur verse les prestations au titre du contrat déduction faite du remboursement de la sécurité sociale.
- Les garanties exprimées en forfait en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la sécurité sociale.

Pour le contrat surcomplémentaire collectif obligatoire :

- Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent en complément du remboursement de la sécurité sociale.
- L'assureur verse les prestations au titre du contrat déduction faite des remboursements de la sécurité sociale.
- Les garanties exprimées en forfait en euros, incluant celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire, sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la sécurité sociale.

GRILLE ADULTE		RÉGIME SOCLE		RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE	
Puissance Sphère	Cylindre	Unifocal	Multifocal / Progressif	Unifocal	Multifocal / Progressif
de 0 à 2	0	90 €	270 €	90 €	270 €
	≤ 2	90 €	270 €	90 €	270 €
	2,25 < C ≤ 4	120 €	300 €	120 €	300 €
	> 4	160 €	300 €	210 €	390 €
2,25 à 4	0	120 €	300 €	120 €	300 €
	≤ 2	120 €	300 €	120 €	300 €
	2,25 < C ≤ 4	150 €	300 €	150 €	330 €
	> 4	210 €	300 €	210 €	390 €
4,25 à 6	0	150 €	330 €	150 €	330 €
	≤ 2	150 €	300 €	150 €	330 €
	2,25 < C ≤ 4	160 €	300 €	210 €	390 €
	> 4	210 €	300 €	210 €	390 €
6,25 à 8	0	210 €	350 €	210 €	390 €
	≤ 2	210 €	300 €	210 €	390 €
	2,25 < C ≤ 4	210 €	300 €	210 €	390 €
	> 4	210 €	300 €	210 €	390 €
> 8,25	0	210 €	350 €	210 €	390 €
	≤ 2	210 €	350 €	210 €	390 €
	2,25 < C ≤ 4	210 €	350 €	210 €	390 €
	> 4	210 €	350 €	210 €	390 €

GRILLE ENFANT		RÉGIME SOCLE		RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE	
Puissance Sphère	Cylindre	Unifocal	Multifocal / Progressif	Unifocal	Multifocal / Progressif
de 0 à 2	0	90 €	300 €	90 €	390 €
	≤ 2	90 €	300 €	90 €	390 €
	2,25 < C ≤ 4	120 €	300 €	120 €	390 €
	> 4	160 €	300 €	210 €	390 €
2,25 à 4	0	120 €	300 €	120 €	390 €
	≤ 2	120 €	300 €	120 €	390 €
	2,25 < C ≤ 4	150 €	300 €	150 €	390 €
	> 4	210 €	300 €	210 €	390 €
4,25 à 6	0	150 €	300 €	150 €	390 €
	≤ 2	150 €	300 €	150 €	390 €
	2,25 < C ≤ 4	160 €	300 €	210 €	390 €
	> 4	210 €	300 €	210 €	390 €
6,25 à 8	0	210 €	300 €	210 €	390 €
	≤ 2	210 €	300 €	210 €	390 €
	2,25 < C ≤ 4	210 €	300 €	210 €	390 €
	> 4	210 €	300 €	210 €	390 €
> 8,25	0	210 €	300 €	210 €	390 €
	≤ 2	210 €	300 €	210 €	390 €
	2,25 < C ≤ 4	210 €	300 €	210 €	390 €
	> 4	210 €	300 €	210 €	390 €



Zoom sur le 100 % santé

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

OPTIQUE

Dès le 1^{er} janvier 2020, lorsque vous irez chez votre opticien, vous aurez le choix parmi deux types d'équipements*.

1

Panier 100 % santé

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

2

Panier tarifs libres

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

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

Attention

Le renouvellement de l'équipement s'effectuera :

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

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

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

DENTAIRE

Les évolutions prendront effet 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.

Vous aurez le choix parmi 3 paniers de soins.

1

Panier 100 % santé

avec aucun reste à charge.

2

Panier tarifs maîtrisé

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

3

Panier tarifs libres

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



À savoir

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

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

AUDIO

Au 1^{er} janvier 2020, rien ne change dans votre contrat. Conformément à la réglementation, vous pourrez bénéficier du « 100 % santé » audio à compter du 1^{er} janvier 2021.

1

Panier 100 % santé (classe I)

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

2

Panier tarifs libres (classe II)

dont l'équipement sera remboursé selon les conditions fixées au contrat et qui respecte un plafond de 1700 €.

Attention

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

Pensez à réaliser un devis avec notre service Devis conseil et recevoir par sms ou par mail le montant éventuel à votre charge. Comparez ainsi votre devis à une offre « 100 % santé » pour faire un choix éclairé.

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



Le remboursement de vos soins

► Justificatifs à fournir (reportez-vous aux garanties prises en charge par votre contrat)

Pour les dépenses les plus courantes (consultation généraliste,...), vous n'avez aucune démarche à effectuer si vous bénéficiez de la transmission Noémie.

✦ Vous êtes bénéficiaire Noémie	Justificatifs à fournir
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Établissement non conventionné ou conventionné sans demande de prise en charge	Facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Hospitalisation à domicile	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Pharmacie non remboursée par la sécurité sociale	Prescription médicale Facture originale
Médecine alternative	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique*	Facture acquittée détaillée Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
Chirurgie réfractive	Note d'honoraires originale du praticien précisant si l'opération concerne un oeil ou les deux.
Prothèses dentaires* - Orthodontie	Imprimé type de notre organisme et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la sécurité sociale.
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermique	Facture acquittée du séjour

* Un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes peut être transmis au préalable à notre organisme pour avis sur le montant de la prestation.

✦ Vous n'êtes pas bénéficiaire NOEMIE

Si les soins sont pris en charge par la sécurité sociale, vous devez fournir en plus des pièces justificatives indiquées dans le tableau, le décompte original de la sécurité sociale.

✦ Pour tout acte ou frais non pris en charge par la sécurité sociale

Facture originale acquittée.

✦ En cas de tiers payant avec la sécurité sociale mais sans tiers payant avec notre organisme

Facture originale 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.

Votre contrat en pratique

► 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 de décompte de 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).**

► La télétransmission NOEMIE

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

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



A vérifier

La mention «Ce décompte a été transmis à Malakoff Humanis» sur vos décomptes santé de sécurité sociale vous confirme que votre sécurité sociale nous transmet automatiquement vos décomptes de santé. Vous n'avez donc pas besoin de nous les adresser à nouveau.

Exemple chez un médecin généraliste



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

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

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



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

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 !

► 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.

Expatriés

Les expatriés ne sont pas couverts.

► 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.

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.

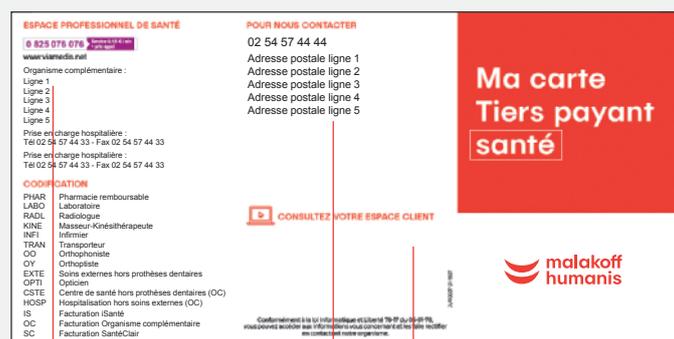
Géolocalisation

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

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



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



Détail des prestations en tiers payant.

Informations réservées aux professionnels de santé.

CONSULTEZ VOTRE ESPACE CLIENT

Adresse pour accéder à vos services en ligne.
Pour nous contacter.

Viamedis	Période de validité		N° Adhérent									
	Édité le	Télétransmission	N° AMC	Type Conv.								
Grâce à ce logo sur votre carte de tiers payant, vous pouvez bénéficier des avantages KALIXIA.												
Domaines ouvrant droit au tiers payant												
Nom Prénom	PHAR	LABO	RADL	KINE	INFI	TRAN	OO	OY	EXTE	OPTI	CSTE	HOSP
Durand Paul	IS	IS	IS	IS	IS	IS	IS	IS	IS	IS	OC	OC
Date de naissance - Rtang - N° S.S. - Clé	100	100	100	100	100	100	100	100	100	PEC (1)	100	PEC (1)

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.

► Mes services avantages

Nous vous accompagnons en innovant au quotidien pour vous donner le meilleur et vous faciliter l'accès aux soins. **Dès le 1^{er} janvier 2020, bénéficiez d'une offre de services plus performante : nouveaux réseaux de soins Kalixia, ComparHospit, téléconsultation et une assistance en cas de besoin.**

Kalixia : la qualité à prix négocié

KALIXIA OPTIQUE



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

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

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

(2) À hauteur des garanties souscrites.

Le+

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

KALIXIA DENTAIRE



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

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

(1) À hauteur des garanties souscrites

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

Le+

En passant par le réseau Kalixia dentaire,

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

(1) À hauteur des garanties souscrites.

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

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

Le+

Avec le réseau Kalixia audio, vous bénéficiez sur tous les équipements de tarifs négociés sans avance de frais ⁽¹⁾ (économie moyenne de 600 € ⁽²⁾ sur un double appareillage).

Vous avez même la possibilité d'en faire profiter vos parents ⁽³⁾.

KALIXIA OSTÉO



1. Avec 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 Comparhospi 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 7/7 depuis la France ou à l'étranger, est limité à 5 téléconsultations par an par bénéficiaire.

1 J'appelle au **N° Cristal 0986 86 00 67**
APPEL NON SURTAXÉ

2 Accueil, information et orientation

3 Consultation médicale
Le médecin réalise un diagnostic et propose des solutions au patient.

Ce service n'a pas vocation à délivrer des arrêts de travail, de renouvellement d'ordonnance et de certificat médical.

Service de téléconsultation mis en oeuvre au nom d'AUXIA Assistance, par Bien-Être Assistance, société par actions simplifiée au capital de 1 000 000 euros, immatriculée au registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 494 810 641, dont le siège social se situe au 1 rue Mozart, 92110 Clichy La Garenne.

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

Le diagramme illustre le processus de téléconsultation. Il commence avec un **Assuré** qui appelle le **Numéro dédié 0986 86 00 67**. L'appel est reçu par un **Infirmier(e)** pour l'**Accueil, information et orientation**. Ensuite, un **Médecin** effectue la **Consultation médicale**. Selon les besoins, le médecin peut recommander une **Urgence si nécessaire** (numéro 15), un **Médecin traitant**, ou un **Pharmacien**. Des lignes pointillées indiquent que l'assuré peut également être directement connecté au médecin traitant ou au pharmacien.

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.

Contacts

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

► Vos services en ligne sur malakoffhumanis.com

Depuis votre Espace Client, prenez soin de votre santé

Une question ? Une demande de remboursement ? Un changement de situation ? Une hospitalisation ? L'Espace Client est à votre disposition pour vous faciliter la vie et vous permettre de gagner du temps. Entièrement gratuit et personnalisé, votre Espace Client vous permet également de mieux comprendre et gérer les contrats au quotidien.

Gérez votre contrat

- Consultez vos **bénéficiaires 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 ».
- 2 Sélectionnez l'espace Santé/Prévoyance ainsi que votre carte de tiers payant et cliquez sur « Créer un compte ».
- 3 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 garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations correspondantes :

- si le contrat de travail est suspendu, quel qu'en soit le motif, pour la période au titre de laquelle le Participant bénéficie :
 - soit d'un maintien total ou partiel de salaire,
 - soit d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins en partie par l'employeur.
- si le contrat de travail est suspendu pour une durée inférieure à un mois et non rémunéré.

À savoir

Si vous êtes absent pendant plus d'un mois de votre poste de travail sans recevoir pendant cette période d'absence ni rémunération ni indemnisation par votre entreprise ou par le régime de prévoyance, vos droits à la complémentaire santé obligatoire sont suspendus.

► Fin des garanties du Participant

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

- soit à la date de son départ de l'entreprise (démission, licenciement, retraite...) à l'exception des Participants 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 du Participant.

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 du Participant toutes prestations indûment réglées.

Les demandes de remboursement de soins adressées après la fin des garanties pourront être prise 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 du Participant. Elle cesse également :

- à la date à laquelle les ayants droit ne remplissent plus les conditions posées pour être bénéficiaire,
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les ayants droit justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire, sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur et à la condition que l'acte mettant en place les garanties le prévoit.

► Possibilité de maintien des garanties

Maintien de garanties en cas d'arrêt de travail

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

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 résulte des dispositions de l'article L911-8 du Code de la sécurité sociale.

En l'état, sous réserve pour le Participant 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 du Participant 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.

L'entreprise déclare la portabilité sur support dématérialisé via la DSN pour permettre le maintien de la couverture.

À défaut, l'affiliation du Participant cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

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

Effet et durée du maintien de l'affiliation

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

En tout état de cause, l'affiliation du Participant 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

Le Participant s'engage à fournir à notre organisme :

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

Garanties

Le Participant 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 au Participant.

L'entreprise s'engage à informer le Participant 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.

Le bénéfice des garanties Santé, à titre individuel, est maintenu pour les personnes garanties du chef du participant décédé sous réserve que la demande en soit faite dans les six mois suivant le décès, à titre gratuit, pendant un an.

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.

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.

► Cotisations

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

► 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.932-7 du Code de la sécurité sociale, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du Participant 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 le Participant 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 le Participant.

► Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception ou d'un recommandé électronique avec accusé de réception adressé par notre organisme à l'entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant ou le bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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 visés aux alinéas ci-dessus 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, etc.).

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

► Réclamations - Médiation

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

Malakoff Humanis Prévoyance - Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran cedex
Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par le centre de gestion.

À compter de la réception de la réclamation, notre organisme apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

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

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par notre organisme et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, les bénéficiaires, ou avec l'accord de ceux-ci, notre organisme, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale du CTIP
10 rue Cambacérès - 75008 Paris
<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

► Protection des données à caractère personnel

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

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

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;

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

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

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

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

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

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

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées. Si des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables. Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites

fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

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

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

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

► Autorité de tutelle

Notre organisme est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Découvrez nos solutions pour les particuliers, dispositif pour les sorties de groupe



Nos équipes de la vente à distance, vous apporte sur simple demande :

- une réponse concrète à toutes les questions que vous vous posez en matière de couverture santé, rentes dépendance, capitaux décès, prestations obsèques,
- un entretien personnel et confidentiel avec un conseiller,
- des conseils adaptés à votre situation qui vous seront restitués par écrit,
- un devis précis sur les prestations les plus adaptées à votre situation.

Par mail : monconseiller@malakoff-humanis.com

Un numéro Unique : **01 58 82 62 06**

Ouvert de 9h à 19h / 18h le vendredi / 16h le samedi

23 boutiques réparties sur 20 départements



Principe règlementaire 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 la 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.

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

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

Le **contrat surcomplémentaire collectif** à adhésion obligatoire satisfait aux conditions du contrat solidaire. En revanche, il ne satisfait pas aux conditions du contrat responsable prévues en application des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale. L'entreprise reconnaît que son attention a été spécialement attirée par notre organisme sur les conséquences de la non-conformité du présent contrat au contrat responsable, dont, notamment, l'absence de déduction de charges sociales sur la participation patronale au financement des garanties et le taux majoré de taxe sur les conventions d'assurance.

Ne sont pas pris en charge :

- la participation forfaitaire visée à l'article L.160-13II du Code de la sécurité sociale, due par le bénéficiaire pour chaque consultation

Pour aller plus loin sur vos garanties

Pour l'optique, introduction de la notion d'équipement (un équipement est défini comme l'ensemble d'une monture et deux verres). Les équipements sont classés en six catégories, basées sur la correction des verres. Le décret précise :

- la création de minima et de plafonds de prise en charge différenciés par type d'équipement avec des distinctions de remboursement entre les verres simples, les verres complexes, les verres très complexes... ;
- au sein de l'équipement, le montant pris en charge pour la monture est limité à 100 € ;
- le remboursement des lunettes tous les deux ans, sauf pour les enfants ou en cas de changement de vue.

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

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.160-13II du Code de la sécurité sociale, applicables dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la sécurité sociale pour certains produits et prestations ;
- la majoration de la participation du bénéficiaire à ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le cas où :
 - il n'a pas choisi son médecin traitant,
 - il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant,
 - il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour, lorsque cette disposition rentrera en vigueur ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par le médecin spécialiste lorsque le bénéficiaire le consulte directement sans respecter le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques visé à l'article L162-5 18° du Code de la sécurité sociale.
- le plafonnement des remboursements pour les consultations des médecins de secteur 2 non signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO. La prise en charge n'est pas plafonnée par le décret pour les médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO.

Ce plafonnement ne concerne que le contrat socle collectif à adhésion obligatoire.

Risques exclus

Ne sont pas pris en charge :

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

VOTRE INTERLOCUTEUR MALAKOFF HUMANIS

SUIVRE VOTRE CONTRAT :

Téléphone : **09 69 36 72 95** (appel non surtaxé)
du lundi au vendredi de 8h30 à 19h

Adresse : **Malakoff Humanis**
Services Prestations santé
CP 444
45953 Orléans cedex 9



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181
Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis
21 rue Laffitte - 75009 Paris
malakoffhumanis.com

