

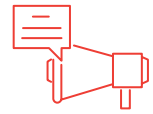
Dispositions générales Santé

Régimes Santé Senior

1^{er} janvier 2020



À SAVOIR



Ce document a pour objet de présenter les conditions proposées par Malakoff Humanis Prévoyance aux retraités du Groupe THALES.

Les garanties interviennent en complément de celles de la Sécurité sociale.

Le tableau détaillé des garanties est disponible en annexe (Tableau des garanties ref MH-JUR2045-2001).

Sommaire

Définitions	4
Bénéficiaires	4
Conditions d'adhésion	4
Changement des conditions d'adhésion	5
Délai de rétractation.....	5
Cotisations.....	5
Étendue des garanties.....	6
Cessation des garanties	6
Parcours de soins coordonnés.....	6
Contrats responsables	6
Procédure Noémie.....	9
Tiers payant étendu.....	9
Hospitalisation chirurgicale et médicale.....	9
Risques exclus	9
Résiliation	9
Formalités générales.....	10
Justificatifs à fournir pour être remboursé	10
Les services avantages.....	12
Versement des prestations.....	14
Délais de prescription.....	14
Justificatifs et contrôle	14
Étendue Territoriale.....	14
Autorité de contrôle	15
Réclamations Médiation.....	15
Protection des données à caractère personnel	15
Prospection commerciale par voie téléphonique	15

Définitions

Assuré : retraité qui souscrit au contrat, désigné sous ce nom dans les documents d'adhésion.

Adhésion : acceptation des présentes dispositions générales et des conditions particulières décrites dans le certificat d'adhésion.

Bénéficiaire : personne désignée sous ce nom dans les documents d'adhésion et qui est couverte par les garanties des présentes dispositions générales, moyennant versement d'une cotisation spécifique.

Certificat d'adhésion : document décrivant le régime souscrit, les bénéficiaires garantis, la date d'effet de l'adhésion et des garanties.

Bénéficiaires

Ces régimes garantissent :

■ l'assuré lui-même (option individuelle)

ou

■ sur sa demande l'assuré lui-même et sa famille (option familiale).

Dans ce cas, les ayants droit sont :

■ ses enfants jusqu'à leur 26^e anniversaire pendant la durée de l'apprentissage, du contrat de professionnalisation, ou des études, de l'inscription auprès du Pôle emploi comme demandeur d'emploi au titre d'un stage, immédiatement à l'issue de leurs études, en service civique (entre 16 et 25 ans) et à condition qu'ils ne se livrent pendant cette période à aucune activité rémunératrice habituelle durable ;

■ son conjoint non divorcé, non séparé de corps judiciairement, ayant son propre numéro de Sécurité sociale ainsi que ses enfants :

- jusqu'à la fin du trimestre civil suivant celui de la fin de ses études, du contrat d'apprentissage, ou du contrat de professionnalisation, ou de l'état d'incapacité de travail,

- jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 18^e ou 26^e anniversaire, ou, s'ils sont étudiants, jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur 26^e anniversaire,

- jusqu'au terme de leur engagement au titre du service civique.

■ les personnes autres que celles décrites ci-dessus : les ascendants, descendants ou collatéraux (jusqu'au 3^e degré) de l'assuré vivant sous le toit de l'assuré.

Si le conjoint est assujéti à un régime spécial de la Sécurité sociale (travailleurs non salariés, commerçants, Mines...), la prestation versée par l'organisme assureur ne peut jamais être supérieure à celle qui serait versée pour un assuré affilié au régime général de la Sécurité sociale.

À défaut de conjoint et à condition que l'assuré soit célibataire, veuf(ve) ou divorcé(e) :

■ son concubin ou sa concubine célibataire, veuf(ve) ou divorcé(e) (sous réserve de la production d'un justificatif de domicile commun ainsi que d'une attestation sur l'honneur de vie maritale) ;

■ son partenaire ou sa partenaire auquel ou à laquelle l'assuré est lié par un PACS, sous réserve de la production d'un document officiel attestant du PACS ;

■ ses enfants célibataires ou ceux de son concubin ou de sa concubine ou ceux de son partenaire ou de sa partenaire, à charge au sens fiscal ou pour lesquels le retraité verse une pension alimentaire :

- a) en études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé et qu'à ce titre ils soient affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime de base obligatoire de l'Assurance maladie jusqu'à la fin du trimestre civil suivant celui de la fin de ses études ou jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur 26^e anniversaire ; si l'enfant effectue des études à l'étranger, les prestations versées par l'organisme assureur sont calculées sur la base de remboursement de la Sécurité sociale française,

- b) en apprentissage ou titulaires d'un contrat d'alternance (qualification, orientation, adaptation) ou d'insertion dans la vie professionnelle, prévu par la législation sociale, jusqu'à la fin du trimestre civil suivant celui de la fin du contrat d'apprentissage,

- c) handicapés, titulaires avant leur 21^e anniversaire d'une carte d'invalidé civil d'un taux minimum de 80 % ou d'une carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité », sans limite d'âge,

- d) remplissant les conditions indiquées en a) et b) qui deviennent handicapés avant l'âge de 26 ans. L'organisme assureur étudiera, cas par cas, les situations particulières,

- e) inscrits auprès du Pôle emploi à la recherche d'un premier emploi jusqu'à leur 26^e anniversaire, en service civique (entre 16 et 25 ans) et jusqu'au terme de leur engagement et à condition qu'ils ne se livrent pendant cette période à aucune activité rémunératrice habituelle et durable. Les enfants définis en a) et b) qui connaissent une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo demandeurs d'emploi.

Conditions d'adhésion

L'adhésion aux régimes Santé Senior est facultative. Chaque assuré a le choix d'y adhérer ou de ne pas y adhérer. **La décision de ne pas adhérer est irréversible.** L'assuré dispose d'un délai d'un an maximum à compter de la date de liquidation de sa pension de retraite pour demander à adhérer à l'un des 3 régimes proposés : Vanoise, Bigorre et Armorique. Passé ce délai, il ne pourra plus demander à adhérer aux régimes Santé Senior.

L'assuré adhérent au régime Vanoise ou Bigorre peut bénéficier d'un allègement* de cotisations sous réserve d'adresser sa demande d'adhésion dans les 3 mois suivant la date de liquidation de sa pension de retraite. Cet allègement est accordé pour une période de 5 ans maximum à compter de la date de la liquidation des droits à la retraite. En cas de décès de l'assuré au cours de la période considérée, la cotisation du conjoint, si ce dernier maintient sa couverture santé à l'un des 2 régimes (Vanoise ou Bigorre) continuera à bénéficier de cet allègement.

* l'allègement de cotisations est maintenu dans la mesure où la réserve mise à disposition à cet effet par le régime des salariés Thales atteint le montant fixé par les accords collectifs du groupe Thales.

La date d'effet de l'adhésion est le premier jour de la retraite ou le premier jour du mois de la date d'adhésion souhaitée (délai d'un an maximum à compter de la date de la liquidation de la retraite), cette date d'adhésion étant définitive.

En cas de demande d'adhésion postérieure au départ à la retraite, les dépenses engagées avant le premier jour du mois de son adhésion ne seront pas prises en charge par Malakoff Humanis Prévoyance.

L'adhésion est conditionnée par un double choix :

- choix du régime définissant les garanties ;

- choix de l'option définissant les bénéficiaires des garanties :
 - option individuelle : seul l'assuré est couvert,
 - option familiale : l'assuré et sa famille sont couverts.

Le régime choisi est le même pour tous les membres de la famille. De ce fait, les garanties retenues pour le(s) bénéficiaire(s) sont identiques à celles retenues par l'assuré.

L'adhésion est annuelle ; elle prend effet dès le premier jour du départ à la retraite ou au premier jour du mois de la demande jusqu'au 31 décembre de l'exercice. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction.

Changement des conditions d'adhésion

Toute demande de changement de régime ou d'option ou toute demande de résiliation doit être formulée auprès de Malakoff Humanis Prévoyance par courrier, la date du cachet de la poste faisant foi. Lorsqu'il y a modification de la situation de famille, **la demande de changement doit être formulée** dans les meilleurs délais et obligatoirement **dans les 6 mois suivant l'événement familial** qui doit être justifié par une pièce d'état civil.

Nature du changement	Sans changement de situation de famille	En cas de changement de situation de famille	Date d'effet du changement
Changement de régime	Après une durée minimum d'adhésion de 3 années civiles avec un délai de prévenance avant le 31 octobre de chaque année.		1 ^{er} janvier de l'exercice suivant la date de la demande
Changement d'option (individuelle ou familiale)	Possible à tout moment. Uniquement pour passer de l'option familiale à l'option individuelle.	Pour passer de l'option individuelle à l'option familiale. Possible en cas de : <ul style="list-style-type: none"> ■ Mariage, conclusion d'un PACS, vie maritale ; ■ Départ à la retraite du conjoint qui bénéficiait en tant qu'actif d'une complémentaire santé obligatoire (fournir une attestation de radiation de cette complémentaire santé). 	Premier jour du trimestre civil qui suit la date de la demande

Délai de rétractation

Dans le cadre de la réglementation sur la vente à distance, l'assuré a le droit de renoncer à son adhésion, dans un délai de 15 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet précisée au bulletin d'adhésion.

Ce régime expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

Le régime ne produit plus ses effets qu'à l'expiration de ce délai sauf si l'assuré demande expressément son exécution à la date prévue au bulletin d'adhésion, en cochant la case prévue à cet effet sur le bulletin d'adhésion.

L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf demande de résiliation par l'assuré dans les conditions prévues au chapitre « Résiliation » de la présente notice d'information.

Modalité d'exercice du droit de rétractation :

Le droit de rétractation s'exerce en adressant au siège social de Malakoff Humanis Prévoyance, dans un délai de 15 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet précisée au bulletin d'adhésion, l'original du bulletin d'adhésion accompagné d'une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée selon le modèle ci-dessous :

« Je soussigné (nom, prénom), déclare renoncer à mon adhésion au régime SANTE SENIOR assuré par Malakoff Humanis Prévoyance, conformément à la réglementation régissant la vente à distance codifiée à l'article L.932-15-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le cas échéant, préciser :

Ayant expressément demandé l'exécution de mon régime à effet de la date prévue au bulletin d'adhésion, je demande le remboursement des cotisations d'assurances déjà versées dans le délai de 15 jours prévu par la loi et m'engage à vous rembourser le montant des prestations perçues pendant ce même délai. » (date, nom, prénom, adresse, signature).

Si l'assuré a souhaité que le régime commence à être exécuté à la date prévue au bulletin d'adhésion (et non à l'issue du délai de 15 jours), la rétractation entraîne :

- la restitution par l'assuré à Malakoff Humanis Prévoyance de l'intégralité des prestations payées ;
- la restitution par Malakoff Humanis Prévoyance à l'assuré de l'intégralité des cotisations payées ;

dans les meilleurs délais, et au plus tard dans le délai de 30 jours à compter du jour où Malakoff Humanis Prévoyance a reçu la lettre de rétractation. Au-delà de ce délai, la somme due est de plein droit productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

Cotisations

Les cotisations, intégralement à la charge de l'assuré, dont le montant est notifié par l'organisme assureur à l'aide d'un bordereau, sont payables d'avance mensuellement ou trimestriellement, par prélèvement automatique sur le compte de l'assuré.

L'assuré qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du bénéfice des garanties. L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de

40 jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure. cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

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

Étendue des garanties

Les garanties (voir tableau de garanties réf: MH-JUR2045-2001) jouent pour les frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à remboursement par la Sécurité sociale au titre du régime Maladie et Maternité.

Elles jouent également pour certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale exclusivement lorsque ceux-ci sont nommément définis dans le tableau des prestations du régime considéré.

En aucun cas, la garantie versée par Malakoff Humanis Prévoyance à un assuré pour lui-même ou pour ses ayants droit par l'un de ces régimes, additionnée à celle versée par la Sécurité sociale et par un autre régime de prévoyance complémentaire le cas échéant, ne peut dépasser, pour chaque acte, les frais réels engagés.

Malakoff Humanis Prévoyance prend en charge, pour le calcul de ses garanties, **les frais réels qui ont été portés à la connaissance de la Sécurité sociale** et qui figurent sur un décompte de cet organisme.

Les garanties ne sont versées que pour les frais engagés au titre de maladies, soins ou accidents postérieurement à l'adhésion, pendant la durée de l'adhésion et sur présentation des justificatifs énoncés dans le paragraphe « Justificatifs à fournir pour être remboursé ».

Les garanties sont exprimées :

- soit en pourcentage des frais réellement engagés ;
- soit en pourcentage des frais réels limités à un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, y compris le remboursement de la Sécurité sociale. Elles sont versées sous déduction des prestations versées par cette dernière et, le cas échéant, par tout autre organisme complémentaire.

Le montant des garanties est, pour certains frais, exprimé dans la limite :

- soit d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ;
- soit d'un forfait exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS valeur au 1^{er} janvier de l'année de l'événement) ;
- soit en pourcentage des frais réellement engagés (FR) et un forfait exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale ;
- soit d'un forfait combinant ces différents éléments.

Cessation des garanties

Le décès de l'assuré met fin à l'adhésion au régime de l'ensemble des bénéficiaires le jour du mois de survenance du décès.

Une nouvelle adhésion peut être souscrite par le conjoint (ou assimilé) ou à défaut par tout autre bénéficiaire de l'assuré décédé, s'il est souscrit dans les deux mois qui suivent le décès de l'assuré.

Parcours de soins coordonnés

Définition du parcours de soins coordonnés

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

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

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

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

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

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

Contrats responsables

Garanties

L'organisme assureur ne rembourse pas :

- conformément à l'article L.160.13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile ;
- conformément à l'article L.160.13 II du Code de la Sécurité sociale, la franchise applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D.322-5 du Code de la Sécurité sociale pour certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L.321-1 du Code de la Sécurité sociale) ;
- conformément à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés ;

- la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire sur les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du Code de la santé publique (accès au dossier médical personnel) ;
- les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque le bénéficiaire consulte sans prescription du médecin traitant ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Les garanties présentes dans le tableau des garanties référencé MH-JUR2045-2001 joint aux présentes dispositions générales sont adaptées au cahier des charges du contrat responsable.

Elles respectent l'obligation de couvrir au minimum l'intégralité de la participation du bénéficiaire (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'Assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale.

Si les remboursements sont plafonnés (plafond par acte, plafond global de garanties), l'organisme assureur prendra en charge le ticket modérateur au-delà dudit plafond consommé (excepté pour le poste optique équipement de lunetterie assurant une garantie au-delà des tarifs de responsabilité).

Seuls les frais de cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'Assurance maladie est fixée à 30 % et à 15 % ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques (article R322-1 6°, 7°, 10° et 14° du Code de la Sécurité sociale) sont exclus de cette obligation de prise

en charge minimale du ticket modérateur ; ces frais sont remboursés selon les conditions du régime.

Professionnels non conventionnés

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

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.

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

Dispositif 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.

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	- 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	- 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 parue 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.

Prévention

Les actes de prévention sont pris en charge par le régime.

Procédure Noémie (Norme d'Ouverture d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Externes)

Cette procédure consiste, sur demande, en la télétransmission directe et automatique à l'organisme assureur 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 l'organisme assureur, seuls les justificatifs indiqués dans le paragraphe « Justificatifs à fournir pour être remboursé » sont à adresser à l'organisme assureur 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, SNC...).

Pour en bénéficier, merci d'en faire la demande par écrit auprès de Malakoff Humanis Prévoyance.

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

Tiers payant étendu

Malakoff Humanis Prévoyance met à disposition de l'assuré et ses bénéficiaires un service de dispense de Frais de santé sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

Les professionnels de santé auront la liberté de proposer ou non le tiers payant.

La dispense d'avance des Frais de santé est limitée au tarif de responsabilité sauf mention spécifique indiquée sur la carte de tiers payant.

L'assuré et ses bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Ce système de délégation de paiement permet, dans les départements de France métropolitaine et d'Outre Mer, de ne pas faire l'avance des frais de pharmacie, de laboratoire, de radiologie, d'auxiliaires médicaux, de soins externes et d'optique dans les conditions prévues par le régime.

Les professionnels de santé restent libres d'accepter ou de refuser l'application du tiers payant.

Pour bénéficier de ce système, une attestation ou une carte de tiers payant vous sera délivrée.

L'assuré et ses bénéficiaires qui n'utilisent pas leur carte de tiers payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par Malakoff Humanis Prévoyance.

Hospitalisation chirurgicale et médicale

Le système de prise en charge permet au bénéficiaire de ne pas avoir à faire l'avance des frais engagés et d'être garantis en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale :

- en service public des hôpitaux ;
- dans une clinique médicale conventionnée.

Toutefois, ne sont pas pris en charge :

- **le supplément pour chambre particulière et lit d'accompagnement au-delà des limites indiquées dans les tableaux des prestations ;**
- **les dépenses personnelles (téléphone, télévision...).**

Risques exclus

Pour les garanties prévues dans le certificat d'adhésion, l'organisme assureur n'intervient pas si les frais engagés résultent :

- **d'interventions de chirurgie esthétique ou 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 ;**
- **des interventions de chirurgie liées à une transformation sexuelle ;**
- **des interventions chirurgicales résultant de blessures ou lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur ;**
- **de la part des frais de déplacement non retenue par la Sécurité sociale au titre de sa prise en charge.**

Seuls les frais de transport terrestre acceptés par la Sécurité sociale sont pris en charge par l'organisme assureur qui complète à hauteur du niveau de garantie prévu au présent contrat, le montant remboursé par la Sécurité sociale.

Les honoraires non déclarés à la Sécurité sociale demandés par certains praticiens ne sont pas remboursés par l'organisme assureur.

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

Résiliation

L'assuré a la faculté de demander la résiliation de son adhésion au régime au 31 décembre d'un exercice sous réserve d'une notification adressée à l'organisme assureur **deux mois** avant cette date par lettre recommandée avec accusé de réception.

Il a également la possibilité de demander la résiliation de son adhésion au régime lors de la révision des cotisations ou du montant des garanties, au plus tard dans le délai d'un mois suivant la notification desdites révisions.

Toute demande de résiliation est définitive.

Formalités générales

Adresse pour l'envoi des dossiers de remboursements :

Malakoff Humanis Prévoyance – Service Prestations Santé Thales
21 rue Roger Salengro
94132 Fontenay-sous-Bois cedex

Le dossier doit comporter les justificatifs indiqués dans le paragraphe « Justificatifs à fournir pour être remboursé » et être accompagné du « Document d'identification » à détacher du précédent décompte de prestations de Malakoff Humanis Prévoyance.

Les demandes de remboursement doivent être déposées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date du règlement effectué par la Sécurité sociale. Les réclamations sur un remboursement sont à formuler au plus tard 3 mois après la date du paiement par l'organisme assureur en adressant l'original du décompte, objet de la réclamation. L'assuré peut également effectuer de nombreuses démarches en ligne depuis l'Espace client, accessible depuis malakoffhumanis.com.

Justificatifs à fournir pour être remboursé

Le tableau ci-après précise pour chaque acte les justificatifs attendus par l'organisme assureur pour rembourser les dépenses de santé.

Avec la télétransmission NOEMIE

La mention « Ce décompte a été transmis à Malakoff Humanis Prévoyance » sur les décomptes santé de Sécurité sociale confirme que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie nous transmet automatiquement les décomptes santé. Il n'est pas nécessaire de nous les adresser à nouveau. Les factures suffisent pour obtenir les remboursements.

Sans la télétransmission NOEMIE

Dans ce cas, les décomptes santé de la Sécurité sociale doivent obligatoirement nous être transmis avec les factures.

Cas particulier : si des bénéficiaires sont couverts par deux contrats de complémentaire santé, ils doivent également nous transmettre le décompte santé du 1^{er} organisme complémentaire.

BON À SAVOIR : Pour simplifier les demandes de remboursement, il convient de demander la télétransmission NOEMIE !

Comment envoyer les justificatifs à Malakoff Humanis Prévoyance?

Nous recommandons de nous adresser l'ensemble des justificatifs via l'espace client, rubrique « messagerie/nous écrire ». Les 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

	Avec télétransmission Noémie	Sans télétransmission Noémie
Dentaire :		
<ul style="list-style-type: none"> 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
<ul style="list-style-type: none"> prothèses dentaires remboursées 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"> parodontologie et prothèses non remboursés 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
<ul style="list-style-type: none"> verres - monture 	<p><i>Attention, en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue :</i> <i>Facture détaillée et acquittée</i> <i>+ Ancienne et nouvelle prescriptions médicales</i> ou <i>Nouvelle prescription médicale et tout document de l'opticien précisant la correction de l'équipement précédent</i> ou <i>Prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction</i></p>	
<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	
<p>Prescription médicale (sauf pour l'ostéopathie, l'étiopathie, la chiropractie et la kinésithérapie méthode Mézières, et dans certains cas les vaccins) + 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</p>		

(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.

Les 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 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 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 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

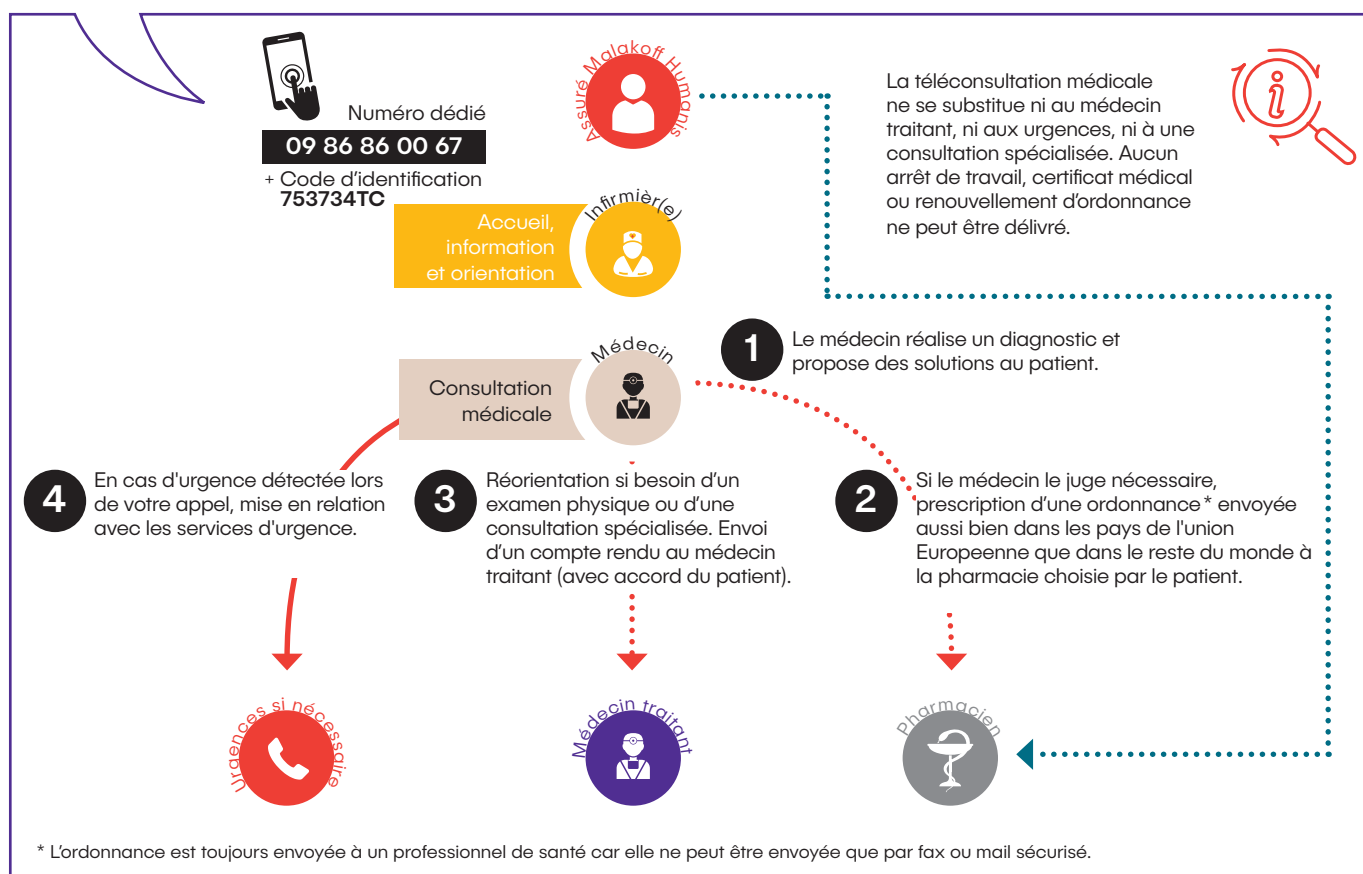
Être hospitalisé peut vite représenter une source d'inquiétude. Quel hôpital ? Quel prix ? Nous ne vous laissons pas seul dans ces moments là et nous vous accompagnons en mettant à votre disposition le site internet Comparhospit accessible depuis votre Espace Client.

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.

Versement des prestations

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

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

L'assuré doit impérativement signaler à l'organisme assureur les changements d'adresse, de CPAM et/ou de compte bancaire.

Délai de prescription

Toutes actions dérivant des présentes dispositions générales sont prescrites par 2 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 où l'organisme assureur en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation des risques garantis au titre des présentes dispositions générales, que du jour où les intéressés en ont connaissance s'ils prouvent qu'ils les ont ignorés jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où 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 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 l'organisme assureur (ou l'assuré) du droit de l'assuré (ou de l'organisme assureur) 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 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 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 et contrôle

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

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

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

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

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

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

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

Étendue territoriale

Les garanties du régime s'exercent en France métropolitaine ou dans les départements d'Outre Mer. Elles s'étendent aux accidents survenus et aux maladies contractées à l'étranger lorsque le régime de la Sécurité sociale s'applique. En tout état de cause, les prestations versées par l'organisme assureur sont calculées sur la base de remboursement de la Sécurité sociale française.

Le règlement des prestations est effectué en France ou dans les départements d'Outre Mer, en euros.

Autorité de Contrôle

Une Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) s'assure du respect des engagements contractés par les institutions de prévoyance à l'égard de leurs assurés, bénéficiaires et ayants droit. Ceux-ci peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser d'éventuelles réclamations au siège de l'organisme assureur.

En outre, lorsque ces réclamations concernent le règlement de l'organisme assureur ou le contrat, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle dont les coordonnées sont les suivantes :

ACPR
4 Place de Budapest CS 92459
75436 Paris cedex 09

Réclamations - Médiation

Il est mis à disposition des assurés 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

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 adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra 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, les bénéficiaires, 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 (CTIP)
10, rue Cambacérés - 75008 Paris
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 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 notre organisme. 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-protectiondes-donnees/>

L'assuré peut demander l'accès, la rectification, l'effacement de ses données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer à son 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. L'assuré peut également demander la portabilité de ses données fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Un justificatif d'identité pourra être demandé par notre organisme pour confirmer l'identité de l'assuré avant de répondre à la demande.

Pour en savoir plus, il convient de consulter le site internet du Malakoff Humanis à l'adresse URL suivante : <https://malakoffhumanis.com/politique-protectiondes-donnees>

En tout état de cause, l'assuré peut saisir directement la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés à l'adresse suivante : **3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.**

Prospection commerciale par voie téléphonique

Si l'assuré ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique il peut s'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 OPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

Toutefois, tant que le contrat est en cours, l'inscription n'interdit pas notre organisme de démarcher l'assuré téléphoniquement, s'il ne s'est pas opposé auprès de notre organisme, à l'adresse suivante : Groupe Malakoff Humanis - Pôle Informatique et Liberté - 21 rue Laffitte - 75317 Paris cedex 9, à l'utilisation des données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

Vos contacts utiles Malakoff Humanis

Une question sur votre contrat ?

3 SOLUTIONS :

- Espace client : malakoffhumanis.com
- Téléphone : **0969 39 74 74** (appel non surtaxé)
du lundi au vendredi de 8h30 à 19h
- Courrier : Malakoff Humanis Prévoyance
303 rue Gabriel Debacq
45777 Saran Cedex

Besoin d'effectuer une démarche santé ?

Pour demander une prise en charge hospitalière

3 SOLUTIONS :

- Espace client : Rubriques Documents utiles et démarches > Démarches en ligne
- Application smartphone Humanis Appli-Santé : rubrique Prise en charge hospitalière
- Fax : **01 58 82 40 39**

Pour demander un devis dentaire

2 SOLUTIONS :

- Espace client : Rubriques Documents utiles et démarches > Démarches en ligne
- e-mail : contact-assure-gc@malakoffhumanis.com

Pour demander un remboursement santé

2 SOLUTIONS :

- Espace client : Rubriques Documents utiles et démarches > Démarches en ligne
- Courrier : Malakoff Humanis Prévoyance
Service Prestations Santé THALES
21 rue Roger Salengro
94132 Fontenay-sousBois Cedex

Pour contacter les activités sociales

- 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)