

Pack Santé Particuliers

Mon Règlement frais de santé

MHM202101008S-A

Vous trouverez dans ce document
les démarches à suivre pour
le remboursement de vos de soins.



EN PRATIQUE, tout ce qu'il faut savoir sur ma complémentaire santé



Comment en bénéficier au plus vite ?

- 1 **Il vous suffit de dater et signer** votre bulletin d'adhésion
- 2 **Et le tour est joué !**
Dans la foulée vous recevrez par courrier votre carte de tiers payant accessible également depuis votre Espace Client et votre Appli Malakoff Humanis, pour ne pas avancer les frais chez certains professionnels de santé.



Comment réaliser mes démarches facilement ?

Téléchargez notre appli gratuite Malakoff Humanis
ou connectez-vous à votre Espace Client depuis notre site malakoffhumanis.com pour transmettre vos devis et vos factures, suivre vos remboursements, voir vos garanties, accéder à votre carte de tiers payant...



Notre
astuce

Pour créer votre Espace Client :

Rendez-vous sur **Espace Client** ; munissez-vous de votre **numéro d'adhérent** indiqué sur votre carte de tiers-payant et laissez-vous guider !

Besoin de nous contacter ?

Retrouvez nos coordonnées
sur votre carte de tiers payant
ou **contactez-nous depuis votre Espace Client.**

Table des matières

INTRODUCTION	5
VOTRE ADHESION	5
FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION	8
DEBUT ET FIN DE MES GARANTIES	8
MES COTISATIONS	12
CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE PACK SANTÉ PARTICULIERS	14
NATURE DU REGLEMENT	14
DISPOSITIF « 100 % SANTÉ »	15
CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE MES SOINS	18
SERVICES D'ACCES AUX SOINS ET DE PREVENTION	20
BONUS FIDELITE	21
EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE VOS GARANTIES	22
INFORMATIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES	24
FAUSSE DECLARATION	24
PERTE DU DROIT A INDEMNISATION (DECHEANCE DES GARANTIES)	24
DELAÏ MAXIMUM DES DEMANDES DES PRESTATIONS (PRESCRIPTION)	24
NOTRE RECOURS CONTRE LE RESPONSABLE DU SINISTRE (SUBROGATION)	25
CONTACT EN CAS DE RECLAMATION / MEDIATION	25
JURIDICTION COMPETENTE EN CAS DE CONFLIT	25
UTILISATION ET PROTECTION DE MES DONNEES PERSONNELLES COLLECTEES	26
LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	27
AUTORITE DE CONTROLE	27
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	28
LEXIQUE	29

Retrouvez les définitions des mots soulignés
dans le lexique à la fin de cette notice



INTRODUCTION



Nous vous remboursons les dépenses prises en charge ou non par la Sécurité sociale comme indiqué au(x) tableau(x) de garanties dans votre bulletin d'adhésion, **dans la limite des frais que vous avez engagés.**

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

Vous bénéficiez également :

- de garanties d'assistance et de téléconsultation : conditions générales valant notice d'information (RÉF. : 75 49 01) et
- d'un service d'accompagnement « 2^e avis médical » en cas de maladie grave, rare ou invalidante **dans le cadre des garanties responsables** : ce service est détaillé dans votre Espace Client ou sur le site malakoffhumanis.com

Votre adhésion



Quelle est la nature de mon adhésion ?

Vous adhérez à :

- un « contrat responsable » si vous avez choisi l'un des niveaux de garanties suivants :

INITIAL

INTERMÉDIAIRE

ÉTENDU

INTÉGRAL

ou

- un « contrat non responsable » si vous avez choisi le niveau de garanties :

HOSPI



Quelles sont les conditions pour adhérer à Pack Santé Particuliers ?

VOUS

Pour adhérer au règlement, vous devez :

- être une personne physique et ne pas avoir le statut de travailleur non salarié (TNS)
- être affilié au régime de Sécurité sociale
- avoir 18 ans et plus (ou 16 ans et plus pour les mineurs émancipés)
- avoir votre résidence principale en France hexagonale (y compris les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM)), **à l'exception de La Réunion**

et

- payer la cotisation,

sauf en cas de souscription au seul bénéfice de mineurs non émancipés ne pouvant pas être affiliés au contrat collectif à adhésion obligatoire dont bénéficie leur représentant légal, et si ce contrat est assuré par une entité du groupe Malakoff Humanis



Comment choisir mes garanties ?

CHOIX DU NIVEAU

Lors de votre adhésion, vous devez choisir l'un des 5 **niveaux** suivants :

HOSPI

ou

INITIAL

ou

INTERMÉDIAIRE

ou

ÉTENDU

ou

INTÉGRAL

CHOIX DE L'ECO

Vous pouvez également opter pour un ou deux **Eco** pour réduire le montant de votre cotisation en diminuant ou supprimant le remboursement de certaines lignes de prestations, parmi ces 3 choix :

Soins courants et
Aides auditives

Optique

Dentaire

Vous ne pouvez pas souscrire d'Eco si vous avez choisi le niveau « HOSPI » ou « INITIAL ».

CHOIX DE L'OPTION

Enfin, vous pouvez améliorer le remboursement de prestations ciblées en souscrivant l'une des deux **options** suivantes :

Bien-être

ou

Confort

Vous ne pouvez pas souscrire d'Option si vous avez choisi le niveau « HOSPI » ou « INITIAL ».

Le choix du Niveau ainsi que des éventuels Eco et Option s'applique également aux membres de votre famille.



Quelles sont les pièces nécessaires à mon adhésion ?

Vous devez fournir les **pièces suivantes** :

Bénéficiaires	Pièces à fournir
Vous	<ul style="list-style-type: none">une copie d'une pièce d'identité officielle en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire)votre relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestations santé (NB. un seul RIB par famille)si vous payez vous-même les cotisations et que vous avez opté pour le prélèvement bancaire : un mandat de prélèvement SEPA rempli et signé.Si une autre personne paie les cotisations : un mandat de paiement des cotisations rempli et signé par ses soins ET une copie de sa pièce d'identité officielle en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire)
Vous et les <u>membres de votre famille</u>	<ul style="list-style-type: none">l'attestation de droits à la <u>Sécurité sociale</u> pour vous et chaque <u>membre de votre famille</u>

Nous nous réservons le droit de vous demander toutes autres pièces complémentaires nécessaires pour l'adhésion ou le renouvellement des garanties.

Vous devez fournir chaque année les **pièces suivantes**, pour le renouvellement des garanties de vos enfants de 18 ans et plus :

Bénéficiaires	Pièces à fournir
Vos enfants de 18 ans et plus à charge	Une copie : <ul style="list-style-type: none">▪ du certificat de scolarité de l'année en cours▪ du contrat d'apprentissage ou d'alternance▪ de l'attestation d'inscription à France Travail▪ de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion ou de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé



Que dois-je faire pour finaliser mon adhésion ?

Votre adhésion est finalisée lorsque vous :

- signez votre bulletin d'adhésion (électroniquement ou non selon votre choix)
- et
- recevez la confirmation d'adhésion

L'accomplissement des formalités mentionnées au paragraphe « Quelles sont les pièces nécessaires à mon adhésion ? » est nécessaire pour que vos garanties débutent.

Si ces formalités sont incomplètes, l'adhésion sera valable uniquement après notre acceptation.



Quels sont les documents relatifs à mon adhésion ?

Votre adhésion se compose des 3 documents suivants :

- le présent règlement, complété d'une annexe relative à la communication des frais de gestion et du taux de redistribution
- le bulletin d'adhésion qui indique notamment :
 - votre identité et celle des membres de votre famille
 - la nature de votre adhésion
 - vos garanties
 - la cotisation qui correspond au niveau de vos garanties et au nombre de personnes assurées
- la confirmation d'adhésion qui mentionne notamment la date à laquelle débute votre adhésion

Elle est susceptible d'être complétée par des avenants (changement de garanties, modification des membres de votre famille, etc.) qui indiquent les dates où les modifications interviennent.

En cas de contradiction entre le bulletin d'adhésion et la confirmation d'adhésion, les dispositions de la confirmation d'adhésion s'appliquent.



Quand débute mon adhésion ?

Votre adhésion débute à la date mentionnée sur la confirmation d'adhésion.

Votre adhésion est valable jusqu'au 31 décembre de l'année en cours puis elle se renouvelle automatiquement le 1^{er} janvier de chaque année pour une durée de 12 mois.



Quand prend fin mon adhésion ?

Votre adhésion prend fin :

- à la date à laquelle vous résiliez votre adhésion
- en cas de non-paiement d'une cotisation
- à la date de votre décès

FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

Début et fin de mes garanties



Quand débutent mes garanties ?

VOUS

- à compter de votre adhésion au règlement, vos garanties commencent après un délai d'attente* de :
 - 3 mois
 - ou
 - 9 mois pour la maternité (garanties « Hospitalisation »)

VOTRE FAMILLE

- les garanties commencent à la même date que les vôtres
- ou
- lorsque vous ajoutez un membre de votre famille, après un délai d'attente** de :
 - 3 mois
 - ou
 - 9 mois pour la maternité (garanties « Hospitalisation »)

* Ce délai d'attente ne vous est pas appliqué :

- en cas d'accident
- pour le remboursement du ticket modérateur des dépenses prises en charge par le régime obligatoire, pour le 100% Santé, pour le forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers
- si vous avez bénéficié, au cours des 3 mois qui ont précédé votre adhésion :
 - de garanties frais de santé souscrites auprès d'une entité du groupe Malakoff Humanis
 - de garanties de même niveau ou d'un niveau supérieur auprès d'un autre assureur. Vous devez alors nous fournir un certificat de radiation de votre ancien contrat ainsi que le détail de vos anciennes garanties

** Ce délai d'attente ne s'applique pas aux membres de votre famille :

- en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant si vous nous adressez la demande d'adhésion dans le mois qui suit la date de l'événement (naissance ou arrivée de l'enfant adopté au foyer)



Comment puis-je changer mes garanties ?

Si vous le souhaitez, vous pouvez modifier vos garanties en fonction de vos besoins et ceux de votre famille pendant la durée de votre adhésion au contrat.

Situations concernées	Délai pour formuler la demande	Nature de la modification	Formalisation de la modification	Début de la modification
<ul style="list-style-type: none">Mariage, divorce, séparation de corps (judiciaire ou amiable), conclusion ou dissolution d'un PACS, concubinage ou séparation des concubins, naissance ou adoption d'un <u>enfant à charge</u>, décès d'un <u>ayant droit</u>Chômage, passage à la retraite	30 jours après la date de l'événement	Passage du niveau « Initial », « Intermédiaire », « Étendu » ou « Intégral » (<u>contrat responsable</u>) vers le niveau « Hospi » (<u>contrat non responsable</u>)	Nouveau bulletin d'adhésion	Au plus tôt, dans les 3 jours qui suivent la date du changement de situation
		Passage du niveau « Hospi » (<u>contrat non responsable</u>) vers le niveau « Initial », « Intermédiaire », « Étendu » ou « Intégral » (<u>contrat responsable</u>)		
		Modification vers une couverture inférieure : niveau de garanties inférieur, souscription d'1 ou de 2 Eco, résiliation d'1 Option	Avenant	A la date de l'événement , en cas de naissance ou d'adoption d'un <u>enfant à charge</u>
		Modification vers une couverture supérieure : niveau de garanties supérieur, résiliation ou modification d'1 ou de 2 Eco, souscription d'1 Option, souscription d'1 ou de 2 Eco simultanément à l'1 des Options		

Situations concernées	Délai pour formuler la demande	Nature de la modification	Formalisation de la modification	Début de la modification
<ul style="list-style-type: none"> Tout autre motif en l'absence de changement dans votre situation familiale et/ou professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> Au plus tôt, 12 mois après la date de votre <u>adhésion</u> Tout nouveau changement de vos garanties peut être demandé après 12 mois d'adhésion 	<ul style="list-style-type: none"> Passage du niveau « Initial », « Intermédiaire », « Étendu » ou « Intégral » (<u>contrat responsable</u>) vers le niveau « Hospi » (<u>contrat non responsable</u>) 	<ul style="list-style-type: none"> Nouveau bulletin d'adhésion 	<ul style="list-style-type: none"> 30 jours après la signature du nouveau bulletin d'adhésion
		<ul style="list-style-type: none"> Passage du niveau « Hospi » (<u>contrat non responsable</u>) vers le niveau « Initial », « Intermédiaire », « Étendu » ou « Intégral » (<u>contrat responsable</u>) 		<ul style="list-style-type: none"> 3 mois après la signature du nouveau bulletin d'adhésion
		<ul style="list-style-type: none"> Modification vers une couverture inférieure : niveau de garanties inférieur, souscription d'1 ou de 2 Eco, résiliation d'1 Option 	<ul style="list-style-type: none"> Avenant 	<ul style="list-style-type: none"> 30 jours après la signature de l'avenant
		<ul style="list-style-type: none"> Modification vers une couverture supérieure : niveau de garanties supérieur, résiliation ou modification d'1 ou de 2 Eco, souscription d'1 Option, souscription d'1 ou de 2 Eco simultanément à l'1 des Options 		<ul style="list-style-type: none"> 3 mois après la signature de l'avenant



Comment puis-je modifier les bénéficiaires ?

En cours d'adhésion, vous avez la possibilité d'ajouter ou de radier un membre de votre famille afin de tenir compte de l'évolution de votre situation familiale :

- mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant à charge
- décès d'un ayant droit, divorce, séparation de corps (judiciaire ou amiable), dissolution d'un PACS, séparation des concubins.

Vous devez nous informer de ce changement et nous communiquer les pièces justificatives dans les 30 jours qui suivent la date de l'événement.

Cette modification intervient au **1^{er} jour du mois** qui suit la réception de votre demande ou à la **date de l'événement** en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant à charge.

Vous recevrez en retour un avenant à votre adhésion tenant compte de votre nouvelle situation.



Comment puis-je modifier mon régime obligatoire et/ou mon adresse ?

En cours d'adhésion, vous devez nous informer de tout changement de votre régime obligatoire (régime général ou régime Alsace-Moselle) et/ou de votre domiciliation en nous communiquant les pièces justificatives dans les **30 jours** qui suivent la date de l'événement.

Cette modification intervient au **1^{er} jour du mois** qui suit la réception de votre demande.

Votre cotisation peut évoluer.

Vous recevrez alors un avenant à votre adhésion qui mentionne le nouveau montant de votre cotisation.



Comment renoncer à mon adhésion dans le délai de 30 jours ?

Vous pouvez renoncer à votre adhésion **dans les 30 jours** calendaires révolus qui suivent le début de celle-ci



Ce délai expire le dernier jour à 24 heures (minuit). Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prolongé.

Vous pouvez exercer votre droit de renonciation :

- par lettre ou tout autre support durable
- par déclaration faite à notre siège social ou chez notre représentant
- par acte extrajudiciaire
- lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication
- sur notre site internet malakoffhumanis.com

La renonciation entraîne le remboursement intégral de votre cotisation versée, **dans les 30 jours** qui suivent la date de réception de votre demande. Si vous avez reçu des prestations, vous devez nous les rembourser en totalité avant toute restitution de notre part.

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

« Je soussigné.e (nom, prénom(s)), qui demeure (adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion au règlement PACK SANTÉ PARTICULIERS, n°....., qui a débuté le

Fait à, le

Signature »



Comment résilier mon adhésion après le délai de 30 jours ?

Vous avez la possibilité de résilier votre adhésion ainsi que celle de toute votre famille :



- **au plus tard le 31 octobre de la 1^{re} année** de votre adhésion (elle prend fin au 31 décembre minuit)
- **à tout moment, à compter de 12 mois d'adhésion** (elle prend fin 1 mois après la réception de votre demande)
- en cas d'affiliation à un contrat collectif obligatoire (elle prend fin 1 mois après notre réception de votre justificatif d'affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire)
- en cas d'évolution de votre cotisation lorsque vous changez de régime obligatoire (régime général ou régime Alsace-Moselle) ou lorsque vous déménagez dans un autre département (résidence principale uniquement) (elle prend fin 1 mois après la réception de votre demande)

Vous pouvez exercer votre droit de résiliation :

- par lettre ou tout autre support durable
- par déclaration faite à notre siège social ou chez notre représentant
- par acte extrajudiciaire
- lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication
- sur notre site internet malakoffhumanis.com

Nous vous confirmerons par écrit la réception de votre demande de résiliation.

Si vous mettez fin à votre adhésion, vous devez payer la cotisation pour la période où vous bénéficiez des garanties. Cette période est calculée à partir du début de votre adhésion jusqu'à la date de fin de celle-ci (date de votre résiliation).

Si vous avez payé une partie de votre cotisation à l'avance, nous vous la rembourserons.

Dans le cas où vous souhaiteriez résilier votre adhésion pour adhérer auprès d'un nouvel assureur, celui-ci peut effectuer les formalités de la résiliation pour votre compte dans le cadre de la résiliation à tout moment (ou résiliation infra-annuelle). Le nouvel assureur devra s'assurer à ce qu'il n'y ait pas d'interruption de vos garanties durant cette procédure.



Quand prennent fin mes garanties ?

VOUS

Vous ne bénéficiez plus de vos garanties à la date à laquelle cesse votre adhésion comme indiqué au paragraphe « Quand prend fin mon adhésion ? »

VOTRE FAMILLE

Les membres de votre famille ne bénéficient plus des garanties :

- à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de vos garanties
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux définitions des personnes bénéficiaires des garanties
- à la date à laquelle vous ne souhaitez plus les faire bénéficier des garanties. La demande doit nous parvenir au moins un mois avant la date de fin souhaitée.

COMMENT PUIS-JE RÉSILIER L'ADHÉSION DE MON CONJOINT ?

Vous pouvez mettre fin aux garanties dont bénéficie votre conjoint en exerçant votre droit :

- par lettre ou tout autre support durable
- par déclaration faite à notre siège social ou chez notre représentant
- par acte extrajudiciaire
- lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication
- sur notre site internet malakoffhumanis.com

Mes cotisations



Comment est calculée ma cotisation ?

Votre cotisation annuelle est exprimée en euros.

Son montant est indiqué sur votre bulletin d'adhésion.

Elle dépend des éléments suivants :

- les garanties que vous avez choisies
- le nombre de personnes qui bénéficient des garanties (vous et le cas échéant les membres de votre famille)
- le régime de Sécurité sociale applicable (régime général ou régime Alsace-Moselle)
- l'âge des personnes qui bénéficient des garanties
- le département de votre résidence principale

et

- des dispositions législatives et réglementaires existantes



Qui est inclus dans ma cotisation ?

Bénéficiaires	Cotisation à payer en fonction de votre choix
Assuré / Conjoint / Enfant(s)	<ul style="list-style-type: none">▪ vous▪ vous + votre <u>conjoint</u>▪ vous + votre(vos) <u>enfant(s) à charge</u>▪ vous + votre <u>conjoint</u> + votre(vos) <u>enfant(s) à charge</u>



Quand et comment évolue mes garanties et/ou ma cotisation ?

Votre cotisation est modifiée **automatiquement** le 1^{er} janvier de chaque année en fonction :

- de l'âge des personnes assurées (l'âge des personnes assurées est calculé par différence entre l'année de naissance et l'année civile en cours)
- et
- du rapport de la dernière évolution connue de la Consommation Médicale Totale publiée dans les Comptes Nationaux de la Santé

Vos garanties et/ou vos cotisations sont susceptibles d'évoluer dans les cas suivants :

- en cours d'année en cas d'évolutions législatives, réglementaires et/ou de l'intervention de la Sécurité sociale. Jusqu'à la date de début mentionnée sur l'avenant, les anciennes dispositions continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate
- à la date de commencement retenue par les Pouvoirs Publics en cas d'instauration ou de modification de taxes, contributions ou charges de toute nature assises sur les cotisations
- à chaque 1^{er} janvier en cas d'évolution des résultats techniques pour l'ensemble des personnes assurées qui relève d'une même catégorie tarifaire du produit Pack Santé Particuliers

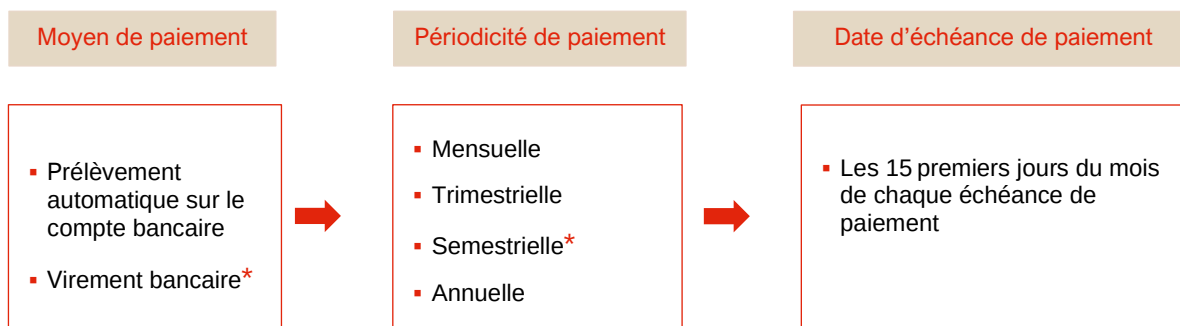
- au 1^{er} jour du mois qui suit la date de notre prise de connaissance :
 - du changement de département de votre résidence principale
 - du changement de régime de Sécurité sociale
 - de votre demande de modification de vos garanties, **sauf en cas de modification en raison d'une naissance ou d'une adoption (à la date de l'événement)**
 - de votre demande d'ajout d'un membre de votre famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage) ou de radiation d'un membre de votre famille (décès d'un ayant droit, séparation de corps amiable ou judiciaire, dissolution d'un PACS, séparation des concubins)



Comment payer ma cotisation ?

Les informations relatives à votre cotisation annuelle sont indiquées sur votre bulletin d'adhésion et le calendrier de paiement de vos cotisations.

Votre cotisation est payable d'avance à la date de son échéance en fonction de votre choix indiqué sur votre bulletin d'adhésion.



*pour le virement bancaire, la périodicité est uniquement semestrielle.



Que se passe-t-il en cas de non-paiement de ma cotisation ?

Nous vous enverrons une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception si la cotisation n'est pas payée dans les **10 jours** qui suivent la date d'échéance.



Vos garanties et celles de votre famille non résiliées reprennent à 12h le lendemain du jour où ont été payées les cotisations impayées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Si la cotisation reste impayée, vos garanties et celles de votre famille sont suspendues après un délai de 30 jours à partir de la mise en demeure mentionnée ci-dessus. Les garanties prennent fin **10 jours** plus tard soit 40 jours après l'envoi de la mise en demeure ci-dessus.



Dans tous les cas, les cotisations qui correspondent à la durée de votre adhésion doivent nous être payées.

CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE PACK SANTÉ PARTICULIERS

Nature du règlement

I. Le règlement avec les niveaux de garanties :

INITIAL

INTERMÉDIAIRE

ÉTENDU

INTEGRAL

est « **solidaire** », le montant de ses cotisations ne dépend pas de votre état de santé.

Il est aussi « **responsable** » car il répond aux conditions suivantes :

Il prend en charge les niveaux minimums de remboursements ci-après :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale, **sauf pour** :
 - **les frais de cure thermique**
 - **les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou 30%**
 - **les spécialités et les préparations homéopathiques**Nous prenons en charge l'intégralité du ticket modérateur au cours du délai d'attente de 3 ou 9 mois mentionné au paragraphe « Quand débutent mes garanties ? »
- la participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds et coûteux
- l'examen de la vue réalisé par l'opticien lunetier en cas de renouvellement d'une ordonnance lorsqu'il est associé à la délivrance d'un équipement optique
- les prestations prévues dans le cadre du « 100 % Santé », y compris au cours du délai d'attente
- l'intégralité du « forfait journalier hospitalier » des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, sans limitation de durée, y compris au cours du délai d'attente
- le « forfait patient urgences » pour tout passage non programmé dans les services d'urgences d'un établissement de santé ne nécessitant pas d'hospitalisation

Le règlement peut prévoir la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Dans ce cas :

- **le remboursement est minoré de 20 % de la base de remboursement du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**
- et
- **le remboursement est limité à 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale y compris le remboursement de la Sécurité sociale**

Il ne prend pas en charge le remboursement des actes et soins mentionnés au paragraphe « Qu'est-ce que nous ne prenons pas en charge ? ».

II. Le règlement avec le niveau de garanties :

HOSPI

est « **solidaire** » et « **non responsable** ».

Il va au-delà des limitations fixées par le contrat responsable.

Dispositif « 100 % Santé »

Le règlement avec des garanties responsables inclut les prestations du dispositif « 100 % Santé ».

Vous accédez à une sélection de **lunettes, de prothèses dentaires et d'appareils auditifs sans aucun reste à charge (pour le panier «100% santé » uniquement).**



Optique

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

2 TYPES D'ÉQUIPEMENT :

- un équipement « 100 % Santé » (« classe A ») sans reste à charge : vous êtes entièrement remboursé dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens
- un équipement **autre que « 100 % Santé »** (« classe B »), vous êtes libre dans le choix de l'équipement : il vous 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(s) tableau(x) de garanties

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés ainsi :

- soit 2 verres de « classe A » et 1 monture de « classe B »
- soit 2 verres de « classe B » et 1 monture de « classe A »



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

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



DÉFINITIONS DES VERRES :

Cylindre Sphère	VERRES UNIFOCALX					VERRES MULTIFOCALX/PROGRESSIFS			
	0 dioptrie	]0 à 2] dioptries	]2 à 4] dioptries	]4 à 6] dioptries	]6 dioptries et +	0 dioptrie	]0 à 4] dioptries	]4 à 6] dioptries	]6 dioptries et +
] -12 dioptries et -									
] -12 à -8] dioptries									
] -8 à -6] dioptries									
] -6 à -4] dioptries									
] -4 à -2] dioptries									
] -2 à 0] dioptries									
] 0 à 2] dioptries									
] 2 à 4] dioptries									
] 4 à 6] dioptries									
] 6 à 8] dioptries									
] 8 à 12] dioptries									
] 12 dioptries et +									

QUELS SONT LES DÉLAIS DE RENOUVELLEMENT ?

Le délai de renouvellement de l'équipement est calculé à compter de la date de facturation du dernier équipement. Celui-ci doit avoir fait l'objet d'un remboursement de notre part ou de la part de la Sécurité sociale.

	Bénéficiaires de 16 ans et +	Bénéficiaires de - de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 ans qui suivent la dernière facturation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 an qui suit la dernière facturation ▪ 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + 1 monture) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'1 verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des 2 verres ▪ variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour 1 verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des 2 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 1 verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ▪ variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ▪ variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ▪ variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries 	
Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> ▪ soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne ▪ soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ aucun délai de renouvellement des verres 	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière 	



Dentaire

3 CATÉGORIES DE PROTHÈSES :

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



Aide auditive

2 CATÉGORIES D'ÉQUIPEMENT :

- un **équipement « 100 % Santé »** (« classe I ») sans reste à charge : vous êtes entièrement remboursé dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes
- un équipement **autre que « 100 % Santé »** (« classe II ») : vous êtes libre dans le choix des prothèses. Il est remboursé dans les conditions fixées au(x) tableau(x) de garanties, qui respectent le plafond prévu dans le cadre du contrat responsable
Ce plafond :
 - inclut la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par la Sécurité sociale
 - n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive (telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires)

QUELS SONT LES DÉLAIS DE RENOUVELLEMENT ?

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

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



Conditions de prise en charge de mes soins

Le montant des remboursements est mentionné au(x) « tableau(x) de garanties ».

Pour le calcul des remboursements, nous prenons en compte les **garanties dont vous bénéficiez au moment des soins défini comme étant** :

- pour les actes référencés par la Sécurité sociale, la date de vos soins retenue par la Sécurité sociale
- pour les actes non référencés par la Sécurité sociale, la date de facturation de vos soins

Nous vous réclamerons toute somme versée à tort.

Vos demandes de remboursements doivent nous être adressées **dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date de réalisation des soins.**



Pour les garanties exprimées en forfait annuel, vous ne pouvez pas être remboursé **au-delà de ce que vous avez dépensé. Vous ne pouvez pas reporter ou cumuler votre forfait d'une année civile à l'autre.**



Quelles sont les pièces nécessaires pour être remboursé ?

Le délai de remboursement des prestations débute à réception de l'ensemble des pièces justificatives. Nous pouvons vous demander des documents supplémentaires avant ou après avoir effectué le remboursement de vos soins.

Ce remboursement peut nécessiter la fourniture des pièces justificatives suivantes :

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

Justificatif à fournir en cas de traitement hors NOEMIE	Consultations et soins remboursés par la <u>Sécurité sociale</u>	Consultations et soins non remboursés par la <u>Sécurité sociale</u>	Automédication et pharmacie non remboursée par la <u>Sécurité sociale</u> (sans ordonnance médicale)	Pharmacie prescrite et non remboursée par la <u>Sécurité sociale</u> ²
Décompte original de la <u>Sécurité sociale</u> complété des pièces citées ci-dessus	✓			
Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'État ¹ dans sa spécialité et mentionnant le numéro RPPS ³ et/ou précisant le nom du produit		✓	✓	✓
Ordonnance médicale				✓

1 – Ce professionnel doit donc être un médecin, un ostéopathe, un diététicien ou un auxiliaire médical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.)

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

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

3 - RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé



Que se passe-t-il en cas de contrats multiples souscrits auprès de plusieurs assureurs ?

Si vous bénéficiez de contrats auprès d'un ou de plusieurs autres assureurs, vous ne pouvez pas être remboursé **au-delà de ce que vous avez dépensé**, que ce soit par les assureurs et la Sécurité sociale.



Comment se passe un contrôle médical ?

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

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

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

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

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

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

À l'issue des conclusions :

- nous déciderons si nous vous remboursons ou non les prestations contestées
- ou
- nous vous réclamerons les sommes que vous avez perçues par erreur

Services d'accès aux soins et de prévention

Les services d'accès aux soins vous aident vous et votre famille à trouver facilement un professionnel de santé ou un établissement de soins.

Ils vous permettent de limiter votre reste à charge grâce à des accords tarifaires avantageux.

Les services de prévention vous permettent une meilleure prise en charge de votre santé, grâce à des conseils de santé personnalisés et des actions qui vous aident à mieux connaître vos risques et à les prévenir.

Ces services comprennent également des aides en cas de maladie pour mieux vous accompagner.

L'ensemble de ces services est détaillé dans votre Espace Client ou sur le site malakoffhumanis.com.



Qu'est-ce que le service « Devis immédiats » ?

Nous pouvons vous éclairer dans vos choix d'équipements ou de soins et vous aider à diminuer votre reste à charge grâce à des devis immédiats en optique, aide auditive, dentaire et hospitalisation.

Sur présentation de votre carte de tiers payant, votre calcul de remboursement et de reste à charge **vous sera envoyé automatiquement.**

Vous recevez instantanément sur votre téléphone un SMS qui vous informe de votre reste à charge et un e-mail qui contient les montants détaillés avec des conseils.



Qu'est-ce que le réseau de professionnels de santé ?

Notre réseau Kalixia travaille avec des opticiens, des centres d'audioprothésistes, des chirurgiens-dentistes et des ostéopathes pour vous aider à réduire votre reste à charge.

Vous pouvez utiliser Kalixiahospit pour trouver l'hôpital qui convient le mieux à vos besoins. Nous vous suggérons des établissements hospitaliers performants, qui offrent une qualité de prise en charge élevée dans certaines spécialités chirurgicales.

Vous pouvez retrouver le partenaire le plus proche dans votre Espace Client depuis notre site malakoffhumanis.com.



Qu'est-ce que le service « Tableau de bord santé » ?

Nous vous proposons un service innovant pour piloter votre budget santé et optimiser vos dépenses de soins.

Vous disposez d'un service complet d'analyse de vos dépenses de santé, assorti de conseils pour les optimiser, réduire les frais à votre charge et vous orienter vers une offre de soins de qualité au meilleur coût.

Le Tableau de bord santé personnel offre une vue synthétique et pédagogique sur :

- **l'historique des remboursements :**
Chaque acte remboursé est détaillé avec le rappel de la date des soins, le bénéficiaire concerné, la nature de l'acte, les montants pris en charge par la Sécurité sociale et nous-même et le reste à charge éventuel.
- **l'analyse détaillée des dépenses de santé sur les douze derniers mois :**
Vue synthétique et graphique par catégorie de soins (médecine de ville, hospitalisation, pharmacie, optique, dentaire), par bénéficiaire et par type de prise en charge.
- **des conseils pour optimiser les dépenses de santé futures en utilisant les services d'orientation selon vos besoins :**
Réseaux de soins, Devis immédiats, comparateur des hôpitaux, centres de santé partenaires, centres ophtalmologiques POINT VISION.

- **un mémo de prévention santé, personnalisé :**

Rappels des actions de prévention utiles pour préserver le capital santé selon le profil de chaque bénéficiaire.

Ce service est détaillé dans votre Espace Client depuis notre site malakoffhumanis.com.



Comment bénéficier d'une dispense d'avance de frais (tiers payant) ?

Le contrat responsable vous permet ainsi qu'à votre famille de bénéficier d'une dispense d'avance de frais (tiers payant). Ce système nécessite au préalable l'acceptation de la télétransmission (NOEMIE) par votre organisme d'Assurance Maladie.

Le tiers payant s'applique intégralement :

- sur les paniers de soins optique, dentaire, et aides auditives sans reste à charge
- et
- sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale :
 - s'ils sont partenaires de notre opérateur de tiers payant
 - et que l'ensemble des pièces justificatives que nous demandons sont fournies

Si le tiers payant n'est pas possible, vous devrez avancer une partie des frais.

Ensuite, envoyez-nous votre demande avec les justificatifs pour être remboursé conformément aux garanties de votre règlement.

Bonus fidélité

Le règlement avec des garanties responsables permet le versement de prestations forfaitaires supplémentaires afin de récompenser votre fidélité. Ces forfaits s'appliquent sur les garanties optique, dentaire et aide auditive remboursées par la Sécurité sociale.

Si le niveau que vous avez choisi le prévoit, nous prenons en charge des forfaits annuels supplémentaires pour l'optique, le dentaire et l'aide auditive à compter de la 3^e année qui suit la date de votre adhésion. Vous bénéficiez à nouveau de forfaits annuels supplémentaires à compter de la 5^e année qui suit la date de votre adhésion.

Ces forfaits s'appliquent également aux membres de votre famille.

Ils s'appliquent en cas de reste à charge dans les limites mentionnées dans le tableau de garanties (« votre fidélité récompensée ») et le respect des plafonds prévus par le contrat responsable.

Les forfaits supplémentaires que nous vous remboursons au cours des 3^e et 4^e années suivant votre adhésion ne peuvent se cumuler avec les forfaits remboursés à compter de la 5^e année.

Si vous choisissez de modifier vos garanties vers un niveau de couverture inférieur, vous bénéficiez du bonus fidélité prévu par votre nouveau niveau de garanties en fonction de votre ancienneté au règlement.

Exclusions et limitations de vos garanties



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

Nous ne prenons pas en charge :

- les limitations fixées par le contrat responsable : la participation forfaitaire, les franchises médicales, la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques qui s'applique hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires sur les consultations et actes techniques pratiqués par des médecins spécialistes en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, et en cas de refus du patient du transport sanitaire partagé programmé
- les actes non remboursés par la Sécurité sociale, sauf mention au(x) tableau(x) des garanties
- les soins effectués avant la date de début de votre adhésion et de celle de votre famille
- les soins effectués après la date de cessation de vos garanties et de celle de votre famille
- les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé
- les transports sanitaires assurés par des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)
- le forfait journalier hospitalier pour les établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale (maisons d'accueil spécialisées, maisons de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), unités ou centres de soins de longue durée, etc.)
- pour les chambres particulières :
 - les appartements privés
 - les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale
 - les frais de :
 - téléphone
 - télévision
 - internet
 - blanchissage
 - ainsi que les repas et/ou boissons exigés sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants
- pour la parodontologie les actes non codés à la nomenclature de la classification commune des actes médicaux (CCAM) dentaire.
Les mentions NPC « non pris en charge », NR « non remboursé » et HN « hors nomenclature » ne sont pas des codes CCAM
- tout équipement optique composé de verres plans, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale
- l'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'agence régionale de santé (ARS) et qui n'est pas justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée)
- la majoration du tarif fixé par la Sécurité sociale pour une visite du médecin au domicile du patient lorsqu'elle répond à une exigence particulière du malade, sans être justifiée par des conditions médico-administratives et cliniques ou socio-environnementales
- pour la pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale, les produits dont la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) est de 20 % (produits dits "de confort")
- la cigarette électronique



Comment les soins à l'étranger me sont-ils remboursés ?

Les actes et soins à l'étranger peuvent être remboursés à condition de respecter les 2 conditions cumulatives suivantes :



- faire auparavant l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale
- avoir été engagés de manière soudaine, urgente et non programmée en cas de déplacement privé

Vous êtes remboursé :

- en euros, dans la limite de vos garanties
- sur la base de la codification des actes médicaux de la Sécurité sociale
- dans les mêmes conditions que pour le remboursement des actes et soins pratiqués en France par des médecins non-signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- les remboursements sont plafonnés à hauteur du prix pratiqué en France pour des actes et des soins de même nature dans la limite des garanties



Comment la chambre particulière m'est-elle remboursée ?

La chambre particulière est prise en charge, dans la limite d'un **forfait** précisé au(x) tableau(x) des garanties, à conditions :

- d'être clairement demandée par vous ou un membre de votre famille
- d'avoir son tarif publiquement affiché
- de faire **l'objet d'une facturation qui détaille les services fournis par l'établissement hospitalier**



Comment la pharmacie non prise en charge par la Sécurité sociale m'est-elle remboursée ?

Nous remboursons uniquement la pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale qui correspond :

- aux produits pharmaceutiques réglementés
- aux allergènes préparés spécialement pour un individu (APSI) réglementés
- aux compléments alimentaires dont la TVA est à 5,5%



Comment l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale m'est-elle remboursée ?

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



Comment la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale m'est-elle remboursée ?

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

INFORMATIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES

Fausse déclaration

Vos déclarations nous servent de base à l'application des garanties.

INTENTIONNELLE :

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

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

NON INTENTIONNELLE :

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, nous pouvons :

- si elle est constatée avant tout sinistre : augmenter la cotisation ou mettre fin à votre adhésion
- si elle est constatée après tout sinistre : réduire le montant de l'indemnité proportionnellement à la cotisation payée par rapport à celle qui aurait été due si nous avions eu en notre possession la déclaration exacte et complète

Perte du droit à indemnisation (déchéance des garanties)

Vous ou votre famille êtes déchus de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné ou à l'occasion d'un sinistre :

- si vous faites volontairement une fausse déclaration de sinistre qui porte sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences de celui-ci
- si vous fournissez ou utilisez sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou usez d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations

Vous vous exposez également dans certains cas à des poursuites pénales.

Délai maximum des demandes des prestations (prescription)

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru de votre part, que du jour où nous en avons eu connaissance
- en cas de réalisation du risque, que du jour où nous en avons eu connaissance, si nous prouvons que nous l'avons ignoré jusque-là

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

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

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

La prescription est également interrompue par :

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

Notre recours contre le responsable du sinistre (subrogation)

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

Lors de votre demande de prestation, lorsque le dommage est causé par un tiers responsable, vous ou votre famille devez nous en informer.

Contact en cas de réclamation / médiation

En cas de difficultés dans l'application du règlement, vous et/ou votre famille pouvez contacter votre conseiller ou contact habituel.

La réclamation peut également être adressée comme suit à :

- reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com
 - à l'adresse Service Réclamations Particuliers Assurance - 78087 Yvelines Cedex 9
- ou
- sur votre Espace Client

Le service réclamation accusera réception de votre demande **dans les 10 jours** ouvrables qui suivent la date d'envoi de votre réclamation écrite (sauf si une réponse est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse **dans un délai de 2 mois** à compter de l'envoi de votre 1^{ère} réclamation écrite.



Lorsqu'aucune solution à votre réclamation n'a pu être trouvée, ou lorsque nous n'avons pas répondu **dans le délai de 2 mois** à compter de l'envoi de votre 1^{ère} réclamation écrite, vous et/ou votre famille pouvez vous adresser au médiateur de la mutualité française, à l'adresse suivante :

- Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)
255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15
- ou
- par voie électronique : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>

dans un délai maximal de 1 an à compter de l'envoi de votre réclamation écrite à notre attention et sans préjudice du droit d'agir en justice.



Juridiction compétente en cas de conflit

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

Utilisation et protection de mes données personnelles collectées

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

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

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

Vous avez la possibilité de donner votre consentement ou de le retirer pour certains traitements, et d'indiquer les canaux de communication par lesquels vous souhaitez être sollicité.e (SMS, mail, téléphone, courrier) en vous rendant sur votre Espace Client.

Hormis les traitements nécessaires aux fins d'exécution des obligations en matière de protection sociale, votre consentement explicite et spécifique et celui de votre famille est recueilli pour permettre le traitement de vos données personnelles de santé.

À ce titre, les données personnelles relatives à votre santé et celles de votre famille sont traitées dans des conditions :

- qui garantissent un niveau de sécurité et de confidentialité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées appropriées adapté au risque présenté par le traitement de vos données et celles de votre famille
- et
- qui permettent de notifier à la CNIL dans le délai prévu après la découverte d'une violation de données personnelles et de vous informer dans les meilleurs délais si cette violation représente un risque pour vos droits et libertés.

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

Vous et votre famille disposez de droits prévus par le RGPD (d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition à la prospection commerciale, et de portabilité de vos données) que vous pouvez exercer :

- via notre site internet dans l'onglet dédié « Exercer mes droits »
- par mail à dpo@malakoffhumanis.com
- ou
- par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9

Vous et votre famille pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL, et vous opposer au démarchage téléphonique et suivre les démarches distinctes indiquées dans notre Politique de protection des données à caractère personnel sur notre site : <https://www.malakoffhumanis.com/politique-protection-des-donnees> ou sur demande à l'adresse par courrier postal à Malakoff Humanis - Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte - 75317 Paris cedex 9.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

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

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

Autorité de contrôle

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

Informations complémentaires

Adhésion à distance

Lorsque votre adhésion est conclue de façon dématérialisée, vous devez nous communiquer :

- un mail
- un numéro de téléphone portable

Loi et langue utilisée

Nous utilisons la langue française pendant toute la durée de votre adhésion. Nous appliquons la loi française notamment pour l'interprétation et l'exécution de ce règlement.

Communication dématérialisée

Nous communiquons avec vous de façon dématérialisée via votre Espace Client ou par mail pour la gestion de ce règlement ou de votre adhésion.

Vous pouvez demander à tout moment à revenir à une communication exclusivement sous format papier, en modifiant votre choix sur votre Espace Client ou en nous contactant directement.

La demande peut être adressée :

- par courrier à : Malakoff Humanis - Gestion Assurance - 78087 Yvelines Cedex 9
- sur votre Espace Client

Fonds de garantie

Nous adhérons au fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles ou des unions.

Ce fonds est destiné à préserver vos droits et ceux des membres de votre famille.



VOUS ET VOS INTERLOCUTEURS :

Vous (le membre participant) : la personne physique qui adhère au règlement et bénéficie des garanties.

Votre famille / les membres de votre famille (ayants droit) : les autres personnes dont vous avez demandé l'adhésion et qui bénéficient des garanties :

▪ **conjoint.e :**

- votre époux.se non-séparé.e de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé.e
- votre partenaire lié.e par un pacte civil de solidarité (PACS)
- votre concubin.e qui vit en couple, de manière stable et continue avec vous, sous réserve que vous soyez tous les deux libres de tout engagement (mariage ou PACS)

▪ **enfants à charge :**

vos enfants ou ceux de votre conjoint.e qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être âgés de **moins de 21 ans**
- bénéficier d'un régime de Sécurité sociale
- être fiscalement à votre charge, c'est-à-dire pris en compte pour l'application de votre quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que vous déduisez fiscalement de votre revenu global

Cette limite d'âge est portée à **28 ans** pour ceux qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- poursuivre leurs études et ne pas disposer de ressources propres qui proviennent d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC)
- suivre une formation en alternance ou se trouver sous contrat d'apprentissage
- être inscrits à France Travail comme primo-demandeurs d'emploi ou effectuer un stage préalablement à l'exercice d'un 1^{er} emploi rémunéré

Les limites d'âge sont supprimées pour ceux qui bénéficient d'une allocation en faveur des personnes en situation de handicap ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion (CMI) option « invalidité », à la condition que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge indiquée ci-dessus (21 ou 28 ans sous conditions).

Les bénéficiaires : Vous et les membres de votre famille mentionnés ci-avant.

Nous (la Mutuelle) : Malakoff Humanis Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité

Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 718 256 - Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris

L'assisteur (assistance santé) : Auxia Assistance

Société anonyme au capital de 1 780 000 € - entreprise régie par le Code des assurances

Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 351 733 761 - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris

La société (2^e avis médical) : Carians

Société par action simplifiée au capital social de 109 230 € - Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 803 657 717 00036, Numéro TVA intracommunautaire : FR 42 803657717 - Siège : 1 Boulevard Pasteur, 75015 Paris

Accident : Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et qui provient de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à la personne assurée ou aux membres de sa famille.

Actes : Les actes pris en considération sont ceux :

- référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures qui définissent les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement
- non référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures mais expressément prévus au bulletin d'adhésion qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'État dans sa spécialité et qui dispose d'un numéro au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)

Adhésion : En signant le bulletin d'adhésion, vous adhérez à ce règlement et à la Mutuelle et vous bénéficiez des garanties choisies.

Appairage : Processus qui permet d'ajuster les deux verres de vos lunettes pour une meilleure utilisation (verres centrés et alignés).

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

Calcul de l'âge : Age calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et, selon le cas, celle de l'adhésion ou de la modification de l'adhésion. Pour la détermination de la cotisation, l'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année civile en cours.

Contrat responsable : Contrat qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

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

Délai d'attente (carence) : Période au cours de laquelle vos garanties ne s'appliquent pas (ou de manière limitée) bien que vous cotisiez.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, qui ont pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-ACO spécialité d'anesthésie, de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique).

Les professionnels de santé conventionnés qui exercent en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement qui ont choisi un de ces dispositifs sont consultables sur annuaire.sante.ameli.fr.

Franchise : Somme déduite par la Sécurité sociale - et non prise en charge par le contrat responsable - de vos remboursements sur les médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : Ce montant est calculé ainsi :
$$[\text{Base de remboursement (BR)}] \times [\text{Taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale}]$$

Nomenclature : Codification des actes et des médicaments qui donnent lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Parcours de soins coordonnés : Obligation pour toute personne de plus de 16 ans de passer par son médecin traitant avant toute consultation d'un médecin spécialiste pour ne pas être pénalisé dans son remboursement, sauf :

- en cas d'urgence ;
- d'éloignement du domicile ;
- lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé :
 - ophtalmologue
 - gynécologue
 - stomatologue
 - psychiatre et neuropsychiatre pour toute personne âgée de moins de 26 ans

Participations forfaitaires :

- **participation forfaitaire :**
Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale et par le contrat responsable dû par un assuré social pour les consultations, les actes des médecins, les actes biologiques et les actes radiologiques.
- **participation forfaitaire « actes lourds » :**
ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'État ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60. Nous remboursons cette participation forfaitaire.

Plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) : Montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1^{er} janvier.

Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.

Prestations en nature : Remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques, etc.) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les bénéficiaires.

Règlement = Règlement mutualiste

Renonciation : Faculté de renoncer à votre adhésion dans les 30 jours de la prise d'effet de celle-ci.

Représentant légal : Personne désignée par la loi pour représenter et défendre vos intérêts.

Résiliation : Faculté de mettre un terme à votre adhésion au règlement qui se renouvelle automatiquement tous les ans.

Reste à charge : Part des dépenses de santé qui reste à votre charge ou à la charge des membres de votre famille après le remboursement de la Sécurité sociale et de la Mutuelle.

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

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

Sécurité sociale (Régime obligatoire) : Régime général ou Alsace-Moselle de la Sécurité sociale française dont dépendent la personne assurée et les membres de sa famille.

Service médical rendu (SMR) : Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par la Sécurité sociale.

Sinistre : Survenance des soins.

Support durable : Tout instrument qui permet à la personne recevant des informations qui lui sont personnellement adressées, de les stocker afin de pouvoir les consulter ultérieurement pendant une période adaptée à leur finalité et qui sont reproduites à l'identique.

Ticket modérateur (TM) : Participation aux tarifs définis par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite, majorée ou supprimée dans certains cas mentionnés au Code de la sécurité sociale. Le TM est égal à la différence entre la BR et le MR.



Malakoff Humanis Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 718 256 - Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris

Réf : MHM-13150_2510 - 20251002