

CEA

Notice d'information santé

Garanties réservées à l'ensemble du personnel

Édition janvier 2025





Cette notice présente les garanties Frais de santé dont vous bénéficiez en tant que salarié du CEA. Elles sont assurées par la mutuelle **Malakoff Humanis Mutuelle** (MHM), Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité (nouvelle dénomination sociale de MHN, Malakoff Humanis Nationale, venant aux droits de MHN, Malakoff Humanis Nationale à compter du 19 septembre 2024, suite à une opération de fusion-absorption, décision ACPR du 17/07/2024).

Sommaire

Pour mieux se comprendre.....	4
Votre complémentaire santé	5
Le détail de vos garanties.....	7
Le remboursement de vos soins.....	14
Votre contrat en pratique	16
Vos services avantages	18
Vos services en ligne sur malakoffhumanis.com	20
L'accompagnement social est à vos côtés	21
Dispositions générales.....	22

Pour mieux se comprendre

Actes

Les actes pris en considération sont ceux :

- référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement.
- non référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures mais expressément prévus aux Conditions particulières qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de RPPS.

Adhérent

Le Commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives, soucripteur du contrat.

Assuré

La personne physique, affiliée au présent contrat, sur la tête de laquelle repose le risque et appartenant à la catégorie assurée.

Base de Remboursement (BR)

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

Contrat responsable

Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale. Il respecte en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même Code.

Contrat solidaire

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

Cure thermale

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

Franchise

Somme déduite par la Sécurité sociale - et non prise en charge par le contrat responsable - de ses remboursements sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. **La franchise n'est pas remboursée par l'organisme assureur.** Le montant des franchises médicales est disponible sur le site de l'assurance maladie «AMELI».

Hospitalisation

- Hospitalisation chirurgicale : frais chirurgicaux proprement dits.
- Hospitalisation médicale : pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale.
- Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :
 - Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et Prestations facturables et spécialités pharmaceutiques). La prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation.
 - Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.
 - Frais de chambre particulière.
 - Forfait journalier hospitalier est pris en charge pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L174-4 du Code

la Sécurité sociale, à l'exclusion des 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, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...).

- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant affilié de moins de 14 ans. Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant, facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».
- Hospitalisation à domicile : hospitalisation prise en charge au titre de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) par la Sécurité sociale.

Médecine alternative

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

Nomenclature

Codification des actes et des médicaments donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale.

DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée)

Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).

Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.

Participation forfaitaire

Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale et par le contrat responsable, dû par un assuré social pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. **Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'organisme assureur.** Le montant de la participation forfaitaire est disponible sur le site de l'assurance maladie «AMELI».

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

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

Revenu imposable

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

Sécurité sociale

Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

SMIC brut mensuel

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

Tarif d'autorité

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

Tarif forfaitaire de responsabilité

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

Votre complémentaire santé



Quelle est la date d'effet ?

Votre affiliation au contrat santé est effective :

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

Après avoir rempli les formalités d'affiliation et avoir transmis les éventuels justificatifs nécessaires, le salarié affilié est dénommé « assuré » dans cette notice.

Qui est couvert par le contrat Santé ?

- vous-même,
- vos ayants droit.

Quels sont les ayants droit ?

A titre obligatoire sans cotisation supplémentaire

- le conjoint ou le concubin dont les revenus imposables sont inférieurs ou égaux à 8 fois le SMIC brut mensuel,
- le(s) enfant(s) de l'assuré, de son conjoint ou de son concubin, âgés de moins de 26 ans scolarisé(s) sur simple présentation du certificat de scolarité,
- le(s) enfant(s) de l'assuré ou de son conjoint, âgés de

moins de 29 ans dès lors qu'il(s) ne constitue(nt) pas une nouvelle cellule familiale⁽¹⁾ et satisfait à l'une des conditions suivantes :

- être pris en charge par l'assuré ou son conjoint au sens de la Sécurité sociale,
- ou disposer de revenus imposables inférieurs ou égaux à 8 fois le SMIC brut mensuel,
- les enfant(s) handicapé(s) de l'assuré célibataire ou veuf dont les revenus imposables sont inférieurs ou égaux à 8 fois le SMIC brut mensuel,
- le(s) petit(s) enfant(s) ou ascendant(s) vivant au foyer de l'assuré, pris en charge au sens de la Sécurité sociale ou dont les revenus imposables sont inférieurs ou égaux à 8 fois le SMIC brut mensuel.

A titre facultatif, sous réserve du paiement d'une cotisation supplémentaire

- le conjoint ou concubin dont les revenus imposables sont supérieurs à 8 fois le SMIC brut mensuel,
- le(s) enfant(s) de l'assuré, de son conjoint ou de son concubin, de moins de 29 ans dont les revenus imposables sont supérieurs à 8 fois le SMIC brut mensuel,
- le(s) petit(s) enfant(s) ou ascendant(s) vivant au foyer de l'assuré, pris en charge au sens de la Sécurité sociale ou dont les revenus imposables sont supérieurs à 8 fois le SMIC brut mensuel.

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

Quelles sont les formalités d'affiliations ?

Suite à la pré-affiliation effectuée par votre employeur, vous recevez par mail à l'adresse communiquée par vos soins, un lien vous permettant de finaliser votre affiliation et celle de vos ayants droit.

Lors de cette étape, certains documents vous seront nécessaires :

- votre attestation de CPAM et celles de vos ayants droit,
- votre RIB,
- le certificat de scolarité de vos enfants,
- la copie de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » de vos enfants,
- votre avis d'imposition de l'année de référence* et celui de vos ayants droits.

L'affiliation à titre facultatif prend effet :

- pour l'assuré en congé sans solde : à la date d'effet du congé sans solde sous réserve que la demande ait été faite antérieurement à cette date ou dans les six mois suivant la suspension du contrat de travail,
- pour l'ayant droit : à la date d'embauche de l'assuré principal sous réserve de remplir les formalités d'affiliation dans les 30 jours qui suivent cette même date ; si postérieurement, le 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande.

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

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

À SAVOIR

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

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez nous joindre

au 01 58 82 62 06

CONSEIL PRATIQUE

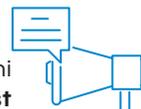
Comment demander une copie de votre attestation Vitale ?



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

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

À SAVOIR

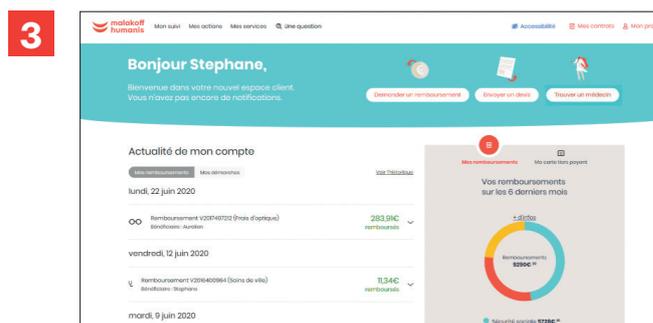
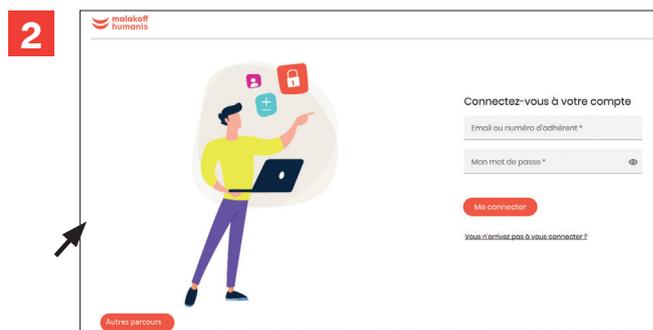
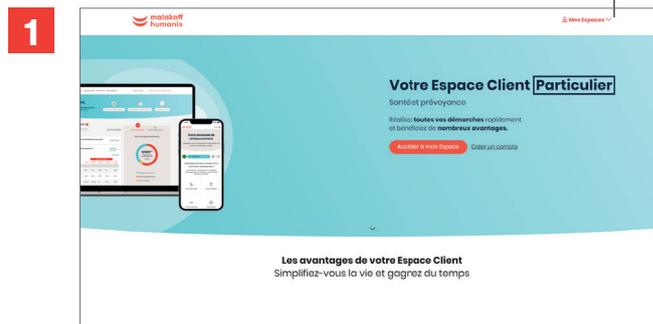


- **le conjoint** doit être non divorcé, ni séparé de corps judiciairement. **Est assimilé au conjoint, le partenaire lié à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).**
- **le concubin** est la personne vivant en concubinage avec l'assuré. Conformément à l'article 515-8 du Code Civil, le concubinage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

Comment mettre à jour votre situation de famille ?

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

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



Le détail de vos garanties



Vos garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins. **Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.**

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

Régime responsable

Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés

HOSPITALISATION CHIRURGICALE Y COMPRIS MATERNITÉ (secteur conventionné et non conventionné)

Frais de séjour et fournitures diverses, salle d'opération - soins pré et post opératoires	100 % BR
Honoraires conventionnés - Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	280 % BR
Honoraires conventionnés - Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR
Honoraires non conventionnés - Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Honoraires non conventionnés - Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Forfait hospitalier journalier	100 % FR
Chambre particulière	2 % du PMSS / jour
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 14 ans)	20 € / jour
Forfait patient urgences**	100 % FR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100 % de la participation forfaitaire

HOSPITALISATION MEDICALE Y COMPRIS MATERNITÉ (secteur conventionné et non conventionné)

Hospitalisation médicale hors honoraires (frais de séjour)	180 % BR
Honoraires - Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR
Honoraires - Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR
Forfait hospitalier journalier	100 % FR
Chambre particulière	2 % du PMSS / jour
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 14 ans)	20 € / jour
Forfait patient urgences**	100 % FR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100 % de la participation forfaitaire

FRAIS DE TRANSPORT	
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR
SOINS DE VILLE (secteur convention et non conventionné)	
Consultations, visites généralistes – Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* (y compris indemnités de déplacement)	125 % BR
Consultations, visites spécialistes – Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* (y compris indemnités de déplacement)	170 % BR
Consultations, visites généralistes – Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* (y compris indemnités de déplacement)	105 % BR
Consultations, visites spécialistes – Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* (y compris indemnités de déplacement)	150 % BR
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Frais d'analyses et examens de laboratoire	100 % BR
Actes de spécialité (actes en K) – Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR
Actes de spécialité (actes en K) – Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* CAS	100 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie – Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
Dispositif Mon Soutien Psy. Consultation de Psychologue, remboursée par la Sécurité Sociale ⁽⁵⁾	100 % BR
PHARMACIE	
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	100 % BR
AIDE AUDITIVE OU EQUIPEMENT (Renouvellement par appareil tous les 4 ans)	
Equipelement 100 % Santé ⁽¹⁾ (classe I)	sans reste à payer ⁽²⁾
Equipelement autre que 100 % Santé ⁽¹⁾ (classe II)	
Prothèses auditives prises en charge ou non par la Sécurité sociale – adulte	345 % BR limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires)
Prothèses auditives prises en charge ou non par la Sécurité sociale – enfant ayant droit de moins de 29 ans	515 % BR limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires)
Entretien appareillage auditif	7 fois le forfait annuel prévu par la Sécurité sociale
APPAREILLAGE AUTRE QU'AUDITIF	
Appareillages et prothèses autres qu'auditives – Petits appareillages	20% PMSS / an / bénéficiaire minimum 100 % BR
Appareillages et prothèses autres qu'auditives – Gros appareillages	345 % BR
Entretien appareillage autre qu'auditif	345 % BR
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES	
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾	sans reste à payer ⁽²⁾
Soins et prothèses autres que 100 % Santé ⁽¹⁾ :	
Soins dentaires	100 % BR
Inlay – Onlay	300 % BR
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	400 % BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽³⁾	200 € / an / bénéficiaire
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale (y compris appareil brisé)	450 % BR
Couronne, bridge et prothèse provisoire non pris en charge par la Sécurité sociale	Forfait de 64,50 € / acte
Implant + pilier	40 % PMSS / implant + pilier (maxi 2 / an / bénéficiaire)
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale (enfant et adulte)	350 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾ (enfant de 16 à 29 ans)	387 € / semestre de soins

OPTIQUE un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les enfants de moins de 16 ans (un équipement tous les ans)

Equipelement 100 % Santé ⁽¹⁾ (classe A)	sans reste à payer ⁽³⁾
Equipelement autre que 100 % Santé (classe B)	
Verres adulte	Voir Grille optique
Verres enfant	
Monture adulte	66 €
Monture enfant	51 €
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	100 % BR + 12 % PMSS / an / bénéficiaire
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	12 % PMSS / an / bénéficiaire
Traitements chirurgicaux des troubles visuels	26 % PMSS / œil / bénéficiaire

AUTRES

Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale (hors thalassothérapie)	Forfait de 15 % PMSS / an / bénéficiaire
Traitement anti-tabac remboursé par la Sécurité sociale	50 € / an / bénéficiaire
Médecine alternative : Ostéopathie – Acupuncture – Chiropractie – Etiopathie	35 € / séance (maxi 3 / an / bénéficiaire)
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale	Pris en charge

FR : frais réels.

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

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

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

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

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

(2) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

(3) Seuls les actes inscrits et codés selon la nomenclature de la Sécurité sociale en vigueur à date font l'objet d'un remboursement. Les actes «codés» NPC (non pris en charge) ou NR (non remboursé) et les actes HN (hors nomenclature) sont exclus car non-inscrits à la nomenclature de la Sécurité sociale ».

(4) Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état. Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.

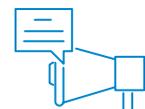
(5) Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale. Liste des psychologues référencés disponible sur monsoutienpsy.sante.gouv.fr

À SAVOIR

Conditions de remboursement des chambres particulières

Sont prises en charge les chambres particulières :

- expressément demandées par l'assuré ;
- dont les tarifs sont publiquement affichés ;
- faisant l'objet d'une facturation justifiée par l'établissement hospitalier.



Grille optique - Adulte

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

DÉSIGNATION	TYPE	BASE (par Verre)
UNIFOCAUX CLASSE B		
sphère [-6,00 à +6,00]	Sphérique	56 €
sphère]-6,00 à -12,00] ou de]+6,00 à +12,00]	Sphérique	101 €
sphère <-12 ou sphère > +12	Sphérique	186 €
sphère de [0 à - 6,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	89 €
sphère <-6 et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	167 €
sphère de [0 à - 6,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	153 €
sphère <-6 et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	231 €
sphère > 0 et S* ≤ 8	Sphéro-cylindrique	89 €
sphère > 0 et S* > +8,00	Sphéro-cylindrique	167 €
MULTIFOCAUX/PROGRESSIFS CLASSE B		
sphère [-4,00 à +4,00]	Sphérique	179 €
sphère]-4,00 à -8,00] ou de]+4,00 à +8,00]	Sphérique	253 €
sphère <-8 ou sphère > +8	Sphérique	350 €
sphère de [0 à - 4,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	179 €
sphère de]-4,00 à -8,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	253 €
sphère <-8 et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	350 €
sphère de [0 à - 4,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	179 €
sphère de]-4,00 à -8,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	253 €
sphère <-8 et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	350 €
sphère > 0 et S* ≤ 6	Sphéro-cylindrique	179 €
sphère > 0 et S* entre]+6,00 à +12,00]	Sphéro-cylindrique	253 €
sphère > 0 et S* > +12,00	Sphéro-cylindrique	350 €

S* = somme de la sphère et du cylindre

Grille optique - Enfant

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

DÉSIGNATION	TYPE	BASE (par Verre)
UNIFOCAUX CLASSE B		
sphère [-6,00 à +6,00]	Sphérique	98 €
sphère]-6,00 à -12,00] ou de]+6,00 à +12,00]	Sphérique	216 €
sphère <-12 ou sphère > +12	Sphérique	300 €
sphère de [0 à -6,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	121 €
sphère <-6 et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	294 €
sphère de [0 à -6,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	226 €
sphère <-6 et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère > 0 et S* ≤ 8	Sphéro-cylindrique	121 €
sphère > 0 et S* > +8,00	Sphéro-cylindrique	294 €
MULTIFOCAUX/PROGRESSIFS CLASSE B		
sphère [-4,00 à +4,00]	Sphérique	300 €
sphère]-4,00 à -8,00] ou de]+4,00 à +8,00]	Sphérique	300 €
sphère <-8 ou sphère > +8	Sphérique	300 €
sphère de [0 à -4,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère de]-4,00 à -8,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère <-8 et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère de [0 à -4,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère de]-4,00 à -8,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère <-8 et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère > 0 et S* ≤ 6	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère > 0 et S* entre]+6,00 à +12,00]	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère > 0 et S* > +12,00	Sphéro-cylindrique	300 €

S* = somme de la sphère et du cylindre

CONSEIL PRATIQUE

Avant d'engager vos dépenses, estimez vos remboursements avec notre **simulateur** accessible sur votre Espace client en ligne ou sur le smartphone. Un moyen simple pour vérifier instantanément si des frais restent à votre charge, ou non.



Risques exclus

Ne sont pas pris en charge par notre organisme :

- les actes référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme, sauf mention à la présente notice,
- les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou à la date d'effet de l'affiliation des bénéficiaires tels que définis à la présente notice,
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires tels que définis à la présente notice,
- la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins prévues par le Code de la sécurité sociale,
- les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé,
- tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR),
- tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale,
- achat de médicament sur internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée),
- la cigarette électronique n'est pas prise en charge au titre du contrat.

ZOOM SUR LE 100 % SANTÉ

Votre contrat répond aux conditions du « 100 % santé ». Vous bénéficiez ainsi d'un certain nombre d'offres sur une sélection de lunettes, d'aides auditives et de prothèses dentaires sans reste à charge.

Optique

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

Deux classes d'équipement optique sont 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'appariage.

Délais de renouvellement

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

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



Dentaire

Trois paniers de soins prothétiques sont 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.



Audio

Deux classes d'équipement auditif sont 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 notre organisme, depuis le 1^{er} janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Le remboursement de vos soins

Justificatifs à fournir pour être remboursé

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

Vous bénéficiez de la télétransmission NOÉMIE

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

Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission NOÉMIE

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

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

BON À SAVOIR

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

Comment envoyer vos justificatifs à MHM ?

Nous vous recommandons de nous adresser l'ensemble de vos justificatifs via votre Espace client, rubrique « Demander un remboursement ». Vos demandes de remboursement seront traitées en priorité !

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

	Avec télétransmission Noémie	Sans télétransmission Noémie
<ul style="list-style-type: none"> prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale 	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
<ul style="list-style-type: none"> prothèses non remboursées par la Sécurité sociale implant et pilier implantaire 	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés	
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 ⁽²⁾ par la Sécurité sociale 	Devis détaillé et accepté par l'assuré, Facture nominative, détaillée, acquittée de l'orthodontiste diplômé d'état dans sa spécialité mentionnant les actes effectués et les montants réglés.	
Optique :		
	Devis détaillé et accepté par l'assuré + Facture détaillée et acquittée + Prescription médicale	Devis détaillé et accepté par l'assuré + Facture détaillée et acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Prescription médicale
	<p><i>Attention, en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue :</i> <i>Devis détaillé et accepté par l'assuré + Facture détaillée et acquittée</i> <i>+ Ancienne et nouvelle prescription médicale</i> ou <i>Nouvelle prescription médicale et tout document de l'opticien précisant</i> <i>la correction de l'équipement précédent</i> ou <i>Prescription médicale initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ou l'orthoptiste</i> ou <i>Bilan visuel réalisé préalablement au renouvellement de la prescription par un médecin ophtalmologiste</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> verres - monture 		
<ul style="list-style-type: none"> lentilles remboursées par la Sécurité sociale 	Facture détaillée et acquittée + Prescription médicale	Facture détaillée et acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Prescription médicale
<ul style="list-style-type: none"> lentilles non remboursées par la Sécurité sociale 	Prescription médicale + Facture détaillée et acquittée	
	Prescription médicale (sauf pour l'ostéopathie, l'étiopathie, la chiropractie et l'acupuncture)	
Autres soins	Facture détaillée et acquittée sur laquelle figurent les coordonnées complètes du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité (avec son numéro RPPS), ainsi que la date, la nature et la personne bénéficiaire des soins	

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

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

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

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

(2) Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état. Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.



Les demandes de remboursement

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs doivent nous être fournies dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de la Sécurité sociale ou de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Vous êtes tenu, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de nous fournir les déclarations et pièces justificatives listées précédemment.

Si vos documents à transmettre comportent des données médicales, vous pouvez nous les adresser sous pli cacheté portant la mention « confidentiel » à l'attention de M. le Médecin Conseil-Prestations Santé à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant. Nous nous réservons le droit de demander toutes pièces complémentaires que nous jugerions nécessaires y compris après paiement des prestations pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

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

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

En cas de déclaration frauduleuse, notre organisme n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

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

Le versement des prestations

Le montant des remboursements Frais de santé est viré directement sur votre compte bancaire ou celui de vos ayants droit et le décompte correspondant est disponible dans votre Espace client. À votre demande, il peut être adressé à votre domicile et/ou par mail.

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

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

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

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

Il n'est plus nécessaire d'attendre de recevoir le décompte papier de la Sécurité sociale pour le transmettre ensuite à notre organisme, seuls les justificatifs indiqués dans le chapitre « Justificatifs à fournir pour être remboursé » sont à adresser à notre organisme pour le versement des prestations.

La demande doit être effectuée lors de votre affiliation.

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

Si vous ne bénéficiez pas de la procédure Noémie ou si vous ne souhaitez pas en bénéficier, vos ayants droits ne pourront en profiter.

Le remboursement des soins à l'étranger

Vous êtes couvert lorsque vous exercez votre activité sur le territoire français ou hors de ce territoire **lors de déplacements privés ou professionnels de moins de trois (3) mois ou à l'occasion d'un détachement au sens des articles L761-1 et 2 du Code de la sécurité sociale.**

Les soins effectués à l'étranger **peuvent être remboursés aux trois conditions cumulatives suivantes** :

- de survenir dans l'une des situations définies ci-avant,
- d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale,
- d'avoir été engagés en cas d'urgence, de manière inopinée et non programmée.

Les remboursements complémentaires, établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale, sont effectués en euros, dans la limite des garanties. Le remboursement des soins médicaux pratiqués à l'étranger est aligné sur celui des médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires sont plafonnées à hauteur du prix pratiqué en France pour des actes et des soins équivalents.

La prise en charge hospitalière

L'hospitalisation mérite une attention toute particulière. C'est la raison pour laquelle nous assurons une procédure de prise en charge administrative immédiate, en cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné. Sur demande de l'établissement hospitalier, notre organisme délivre une prise en charge vous évitant l'avance de fonds (à l'exception de vos frais personnels) dans la limite des garanties du contrat.

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

Le tiers payant généralisé

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

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

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

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

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

Votre carte est également disponible dans votre Espace Client et dans l'application mobile Malakoff Humanis.

Communication dématérialisée

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

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

Reprise des indus

En cas de reprise d'un remboursement effectué à tort par la Sécurité sociale, notre organisme se réserve le droit de vous réclamer les prestations indûment versées.



Pour nous contacter.

Votre numéro d'adhérent pour créer votre Espace client et accéder à vos services en ligne.

Période de validité.

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

Le tiers payant viamedis Katixia	
Tiers payant sur prise en charge auprès de Viamedis (www.viamedis.net) :	Tiers payant sans prise en charge pour :
Hospitalisation	Pharmacie à 65% 100% du TM
Chambre particulière (dont ambulatoire)	Pharmacie à 30% 100% du TM
Optique	Pharmacie à 15% 100% du TM
Prothèse dentaire	Actes techniques 100% du TM
Aides auditives	Laboratoire 100% du TM
Gros appareillage	Radiologie 100% du TM
	Auxiliaires médicaux 100% du TM
	Soins dentaires 100% du TM
	Consultations 100% du TM
	Soins externes 100% du TM
	Transport 100% du TM
Professionnels de santé : une version de cette carte à jour est disponible sur l'appi Malakoff Humanis ou l'Espace Client de l'assuré. N'hésitez pas à la demander !	
Viamedis - Tél : 0825 076 076 (Service 0,15 €/min + prix appel) N° Télétransmission : 75990010 - VM/001/viamedis.rss.fr/8/0	

Vos services avantages

Nous vous accompagnons en innovant au quotidien pour vous donner le meilleur et vous faciliter l'accès aux soins. **Vous bénéficiez ainsi d'une offre de services plus**

performante : réseaux de soins Kalixa, téléconsultation et une 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 client.
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 des ostéopathes partenaires sélectionnés pour la qualité de leur pratique, profitez des honoraires négociés et plafonnés par département.
2. Vous avez la possibilité de prendre des rendez-vous en ligne pour les ostéos qui le proposent.



Où trouver un professionnel partenaire du réseau KALIXIA ?

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

Devis conseil

Afin de réduire le reste à charge des bénéficiaires, notre organisme propose un service d'analyse tarifaire des devis établis préalablement aux soins par le praticien.

C'est notamment le cas pour les frais d'optique.

L'opticien envoie le devis aux services de notre organisme afin que celui-ci soit analysé ; vous recevez le montant du reste à charge éventuel par SMS et le complément de l'analyse sur le prix pratiqué par mail.

Kalixiahospit

Vous avez accès à un comparateur hospitalier (Kalixiahospit) qui vous permet de facilement comparer et choisir l'hôpital qui répond le mieux à votre besoin. Vous accédez également aux établissements hospitaliers recommandés par Kalixia pour leur performance et la qualité de leur prise en charge dans certaines spécialités chirurgicales programmées.

La liste des professionnels de santé et établissements hospitaliers appartenant aux réseaux Kalixia, ainsi que Kalixia Hospit sont disponibles sur l'Espace client.

En tout état de cause, vous conservez le libre choix de votre praticien et de votre établissement hospitalier

La téléconsultation

Besoin de prendre rendez-vous avec votre médecin pour un état grippal, un mal de gorge ou un mal de dos... mais impossible de le joindre ! c'est le week end, c'est un jour férié, ou bien vous êtes en vacances ou en déplacement à l'étranger.

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

LE + DU SERVICE

Une téléconsultation garantie dans l'heure avec un médecin généraliste !

Rien à régler. La consultation en télémédecine est prise en charge à 100 % par le contrat de complémentaire santé et chaque personne rattachée au contrat santé bénéficie de 5 téléconsultations gratuites par an.

COMMENT Y ACCÈDER ?

Directement depuis l'Espace client Malakoff Humanis ou si vous n'avez pas créé de compte via le n° de téléphone pour être redirigé vers le service de téléconsultation en visio.

COMMENT CELA MARCHÉ ?

Depuis votre espace client Malakoff Humanis :

- Vous choisissez un médecin généraliste ou spécialiste (pédiatre, gynécologue, psychiatre...) selon ses disponibilités, avec une prise en charge dans les mêmes conditions qu'en cabinet médical. La consultation en télémédecine est prise en charge par votre contrat de complémentaire santé.
- Si vous ne trouvez pas de médecin qui vous convienne, vous pouvez téléconsulter un médecin généraliste de

permanence 7j/7 de 8h à 20h. Ces téléconsultations, sans avance de frais, sont limitées à 5 par an et par bénéficiaire.

- Dans tous les cas, le médecin peut vous prescrire une ordonnance disponible en ligne (uniquement en France) et vous orienter vers un service d'urgence si besoin.
- Vos ordonnances et les comptes-rendus de mes consultations dans votre espace personnel de téléconsultation

LA CONFIDENTIALITÉ EST ASSURÉE

Les données de santé sont couvertes par le secret médical et hébergées auprès d'un hébergeur de données de santé agréé conformément à l'article L.1111-8 du Code de la santé publique. Le service est autorisé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

LES LIMITES DE LA TELECONSULTATION

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

La téléconsultation ne prend pas en compte les cas suivants :

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

LA CONFIDENTIALITÉ EST ASSURÉE

Vos données de santé sont couvertes par le secret médical et hébergées auprès d'un hébergeur de données de santé agréé conformément à l'article L.1111-8 du Code de la santé publique. Le service est autorisé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

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



Service accessible 7 jours sur 7 de 7h à 20h

Avec votre identifiant numéro de convention n° 753734

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

Depuis votre Espace client, prenez soin de votre santé

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

Entièrement gratuit et personnalisé, votre Espace client vous permet également de mieux comprendre et gérer votre contrat au quotidien.

Gérez votre contrat

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

Suivez vos remboursements

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

Tableau de bord santé – Un service innovant pour piloter le 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 l'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 notre organisme 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 conseil, 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.

Effectuez vos démarches

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

Contactez le service client

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

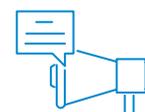
Avec votre Espace client, **gardez le contact.**

Comment créer votre Espace client santé ?

- 1 Connectez-vous sur particulier.malakoffhumanis.com
- 2 Cliquez sur « Créer un compte », renseignez le « Numéro d'adhérent* » et cliquez sur « Continuer »
- 3 Complétez le formulaire puis validez.
- 4 Vous recevez immédiatement un e-mail pour activer votre compte (pensez à vérifier dans vos mails « indésirables »).
- 5 Vous pouvez créer et personnaliser alors votre mot de passe en respectant les indications puis validez.
Il vous sera demandé à chaque connexion ainsi que l'adresse mail que vous aurez saisie lors de la création de votre compte.

À SAVOIR

*Votre numéro d'adhérent est présent au recto de la carte de tiers payant et comporte 8 chiffres.



Vous êtes plutôt appli mobile



Retrouvez également vos services sur l'appli Malakoff Humanis !

L'application Malakoff Humanis en téléchargement gratuit permet de bénéficier de services pratiques liés au contrat santé, à tout moment sur smartphone et tablette.



BESOIN D'AIDE POUR VOUS CONNECTER ?

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

L'accompagnement social est à vos côtés



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

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

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

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



Par téléphone :

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

Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

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



Par internet :

Connectez-vous à votre Espace client sur malakoffhumanis.com

Dispositions générales

Contrat responsable

Le contrat respecte les conditions posées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et aux textes d'application de celui-ci. Ils satisfont aux dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Ne sont pas pris en charge :

- **la participation forfaitaire visée à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité sociale, due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale. Toutefois, lorsque pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 euros par année civile ;**
- **les franchises médicales visées à l'article L.160.13 II du Code de la sécurité sociale, applicables dans les conditions et limites prévues par l'article D.160-9 du Code de la sécurité sociale pour certains produits et prestations ;**
- **la majoration de la participation du bénéficiaire à ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le cas où :**
 - **il n'a pas choisi son médecin traitant,**
 - **il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant,**
 - **il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour, lorsque cette disposition rentrera en vigueur ;**
- **les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par le médecin spécialiste lorsque le bénéficiaire le consulte directement sans respecter le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques visé à l'article L162-5 18° du Code de la Sécurité sociale.**
- **le plafonnement des remboursements pour les consultations des médecins de secteur 2 non signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO. La prise en charge n'est pas plafonnée par le décret pour les médecins signataires d'un Contrat OPTAM/OPTAM-CO.**
- **la minoration du remboursement appliquée par la Sécurité sociale sur les frais de transport sanitaires programmés, en cas de refus du patient du transport partagé proposé**

Sont pris en charge obligatoirement :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale, sauf pour :
 - les frais de cure thermale,
 - les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou 30%,
 - les spécialités et les préparations homéopathiques,
- la participation forfaitaire pour les actes lourds et coûteux,

mentionnés à l'article R. 160-16 I du Code de la sécurité sociale

- 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.
- Le forfait patient urgence(s)
- Les actes de prévention au titre de chaque poste concerné par ces actes
- Le ticket modérateur pour les activités et dispositifs numériques de télésurveillance médicale ou à visée thérapeutique
- les prestations 100% SANTE
 - Pour l'optique, la notion d'équipement (un équipement est défini comme l'ensemble d'une monture et deux verres). Les équipements sont classés en six catégories, basées sur la correction des verres.
 - 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 protections hygiéniques réutilisables remboursées par la Sécurité sociale ;
- Les frais du parcours coordonné de bilan, de diagnostic et d'accompagnement du handicap pour les enfants de moins de 6 ans visé à l'article L2134-1 du code de la santé publique ;
- Les frais relatifs aux interventions et aux traitements réalisés dans le cadre des parcours coordonnés renforcés visés à l'article 4012-1 du code de la santé publique.

Maintien des garanties

A titre obligatoire, l'affiliation au contrat est maintenue moyennant le paiement de la cotisation correspondante aux :

- salariés en cessation anticipée d'activité (NIG 119/419 et CAA FLS) percevant un salaire d'inactivité,
- salariés en congé sans solde de moins d'un mois,
- salariés en congé indemnisé au titre du compte épargne-temps,
- salariés en invalidité 1^{ère} catégorie, bénéficiaires d'une couverture invalidité mise en place par le CEA et qui ont fait le choix de ne pas poursuivre leur activité professionnelle, et ce jusqu'à la fin de leur contrat de travail,
- salariés en invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, bénéficiaires d'une couverture invalidité mise en place par le CEA, s'ils bénéficient d'une rente d'invalidité, complémentaire financée au moins pour partie par l'adhérent, qu'elle soit versée directement par l'adhérent ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, et ce jusqu'à la fin de leur contrat de travail,
- salariés en congé parental.

A titre facultatif, l'affiliation au contrat peut être maintenue moyennant le paiement de la cotisation correspondante à la charge exclusive du salarié aux :

- salariés en congé sans solde supérieur à un mois non indemnisé au titre du compte épargne-temps.

Le maintien obligatoire des garanties prend effet à la date d'effet :

- de la cessation anticipée d'activité,
- du congé sans solde de moins d'un mois,
- du congé indemnisé au titre du compte épargne-temps
- de l'invalidité 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie,
- du congé parental.

Le maintien facultatif des garanties prend effet à la date d'effet :

- du congé sans solde supérieur à un mois, sous réserve que l'assuré en ait fait la demande antérieurement à cette date ou dans les six mois suivant la suspension du contrat de travail non rémunéré.

Fin des garanties de l'assuré

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

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

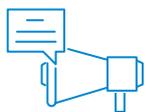
L'affiliation au contrat prend fin pour l'assuré en congé sans solde ou l'ayant droit affilié à titre facultatif en cas de non-paiement des cotisations.

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

À SAVOIR

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

Notre organisme est en droit de demander le remboursement de toutes prestations indûment réglées.



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

Fin des garanties des ayants droit

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

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

L'assuré, pour le compte de ses ayants droit affiliés à titre facultatif, à la faculté de dénoncer leur affiliation et de renoncer au contrat conformément aux dispositions prévues :

- à la demande de l'assuré :
 - après l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par notre organisme de la notification de l'assuré.

Lorsque l'adhésion au contrat est valablement dénoncée dans les conditions prévues, l'assuré n'est redevable que

de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation.

Dans le cas où l'assuré souhaite dénoncer l'adhésion de son ayant droit au contrat afin de demander une nouvelle adhésion auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'assuré souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation dans les conditions prévues ci-dessous. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

- à l'échéance annuelle : sous réserve que cette demande parvienne à notre organisme deux mois au moins avant chaque date de renouvellement, soit au plus tard le 31 octobre. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année. Cette disposition ne s'applique pas, toutefois, à l'assuré qui justifie être couvert au titre d'un contrat groupe obligatoire, à la condition que le nouvel organisme complémentaire fournisse l'attestation correspondante, auquel cas, l'adhésion individuelle cesse au premier jour du mois civil suivant la notification de la dénonciation et les cotisations versées par avance sont remboursées.
- en cas de modification apportée à ses droits et obligations par l'organisme assureur quant à la fixation et révision des cotisations.

Lorsque l'assuré a le droit de dénoncer l'adhésion de son ayant droit, la notification de la dénonciation peut être effectuée, au choix de l'assuré :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de notre organisme ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque notre organisme a proposé l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- Soit directement sur le site malakoffhumanis.com

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La dénonciation par l'assuré de l'adhésion facultative est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion au contrat, sauf dérogation accordée par notre organisme.

- à la demande de notre organisme en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article « Défaut de paiement des cotisations ».

La cessation de l'adhésion individuelle entraîne la fin des garanties.

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

Conditions du maintien de l'affiliation

Le dispositif de maintien de couverture dit de « portabilité des droits » au profit des anciens salariés, étendu à l'ensemble des entreprises, résulte des dispositions de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale.

En l'état, sous réserve pour l'assuré d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation et par conséquent les garanties dont

profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail de l'assuré à condition que la cessation résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Pour bénéficier du dispositif de portabilité, l'assuré doit nous adresser dès que possible les justificatifs de prise en charge par l'assurance chômage qu'il devra envoyer tout au long de la période de portabilité (tous les mois). Cette démarche se fait via l'Espace client accessible depuis le site malakoffhumanis.com. Il incombe à l'entreprise d'informer l'assuré du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

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

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

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

Obligations déclaratives

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

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

Garanties

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

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

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

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

Financement

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

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

Après rupture du contrat de travail d'un assuré, ce dernier bénéficiant d'un revenu de remplacement prenant la forme de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension

de retraite, ou d'allocations chômage s'il est privé d'emploi et ayant épuisé ses droits à la portabilité, peut demander :

- à souscrire un contrat adapté à sa nouvelle situation - contrat collectif à adhésion facultative souscrit par le CEA, ou
- à bénéficier pour lui seul du maintien des garanties existantes au moment de la rupture du contrat de travail - contrat loi Évin.

Au décès du salarié, ses ayants droit assurés et ayants droit du contrat peuvent souscrire à un contrat adapté à leur nouvelle situation (contrat collectif à adhésion facultative souscrit par le CEA) ou ils peuvent demander à bénéficier d'un maintien des garanties (contrat loi Évin).

La demande de souscription doit être faite dans les six mois suivants :

- la rupture du contrat de travail,
- ou le terme de la portabilité,
- ou le décès du salarié.

Aucune formalité médicale ou délai d'attente ne sera demandée.

Les garanties prendront effet le lendemain :

- de la rupture du contrat de travail,
- ou du terme de la portabilité,
- ou du décès du salarié.

Pour plus d'information, nous vous invitons à prendre connaissance de la notice spécifique « Notice d'information santé : Garanties réservées aux anciens salariés » précisant les conditions d'application.

Paiement des cotisations

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables :

- pour la part de l'assuré en invalidité 1,2 et 3^{ème} catégorie ainsi que pour l'assuré en congé parental : mensuellement d'avance dans les quinze (15) premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement.

L'assuré est le seul responsable du paiement de sa part des cotisations.

À titre d'information, l'entreprise prend en charge la part restante.

- pour l'assuré en congé sans solde supérieur à un mois et non indemnisé au titre du compte épargne temps : mensuellement d'avance dans les quinze (15) premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement.

L'assuré est le seul responsable du paiement des cotisations.

- pour l'ayant droit affilié à titre facultatif : mensuellement d'avance dans les quinze (15) premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou par virement. L'assuré est le seul responsable du paiement des cotisations.

Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de quinze jours de son échéance, notre organisme adresse

une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception à l'entreprise ou à l'assuré selon le cas.

Si le paiement n'intervient pas :

- dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire : les garanties sont suspendues trente (30) jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure à l'entreprise et le contrat est résilié dix (10) jours après la date d'effet de la suspension.

La résiliation met fin aux garanties pour l'ensemble des bénéficiaires.

Dans le cas de l'extension facultative aux ayants droit, le non-paiement de la cotisation par l'assuré entraîne la cessation de la couverture des ayants droit quarante jours après l'envoi de la mise en demeure à l'assuré.

- dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative, l'affiliation de l'assuré cesse quarante jours après l'envoi de la mise en demeure à l'assuré.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

La cessation de l'affiliation met fin aux garanties pour l'ensemble des bénéficiaires.

Dans tous les cas, les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de résiliation du contrat ou de cessation de l'affiliation des assurés ou des ayants droit restent à payer. L'organisme assureur a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

Renonciation à l'affiliation en cas d'adhésion facultative

L'assuré, qui est affilié à titre facultatif au contrat ou qui bénéficie d'un maintien facultatif de ses garanties, peut renoncer à son affiliation pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'affiliation a pris effet.

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures (minuit). S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le délai n'est pas prolongé.

L'assuré peut demander la renonciation, par l'un des moyens exposés à l'article «Fin des garanties des ayants droit» de la présente notice.

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente (30) jours suivant la date de réception par l'organisme assureur de la renonciation. Toutefois, si des prestations ont été versées, l'assuré devra les restituer intégralement, préalablement à la restitution des cotisations.

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

Je soussigné(e) (nom, prénom)....., demeurant (adresse complète)..... déclare renoncer à l'affiliation au contrat collectif à adhésion facultative (frais de santé) n°....., ayant pris effet le conformément aux dispositions de l'article « Renonciation au contrat d'assurance collectif à adhésion facultative ».

Subrogation

Lorsque l'assuré ou un ayant droit est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par

un tiers responsable, notre organisme dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son organisme assureur.

L'assuré ou l'ayant droit atteint d'une blessure imputable à un tiers doit en informer notre organisme lors de sa demande de prestation.

Fausse déclaration

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

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

Déchéance de garantie au sinistre

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.

Prescription

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

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 du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

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

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

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé, prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même Code,

- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même Code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception soit que notre organisme adresse au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré ou ses ayants droit adresse(nt) à notre organisme en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Justificatifs – contrôle médical

Notre organisme peut effectuer un contrôle pour tout assuré demandant des prestations au titre des garanties de son contrat, avant ou après le paiement des prestations.

Notre organisme peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge.

Lors du contrôle médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

Si l'assuré refuse de se soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, l'assuré devra adresser au médecin conseil ou dentiste consultant de notre organisme, dans les trente (30) jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal compétent de la résidence de l'assuré, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En fonction des conclusions, notre organisme pourra ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Notre organisme est tenu au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Cela se traduit pour l'assureur par des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance pendant toute la durée de vie du contrat.

Réclamations – Médiation

En cas de difficultés dans l'application du contrat, l'assuré et les ayants droit peuvent contacter leur conseiller ou contact habituel.

La réclamation peut également être adressée comme suit :

- par mail à reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com

- par courrier à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

- ou sur l'espace Assuré

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée, ou lorsque l'organisme assureur ou gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'assuré et/ou et les ayants droits peuvent, s'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 d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

Protection des données à caractère personnel

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

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

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au finance-

ment du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ; à ce titre, Malakoff Humanis peut utiliser des systèmes d'intelligence artificielle pour l'aider à détecter des dossiers frauduleux tout en conservant une intervention humaine ;

- la proposition à la personne assurée et à ses ayants-droits d'un accompagnement sous la forme de services ou d'outils inclus dans le contrat, opérés par Malakoff Humanis ou ses partenaires et en lien avec le coût des soins, le parcours médical ou des situations de fragilités.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

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

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

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

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

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

L'assuré a la possibilité de donner son consentement ou de le retirer pour certains traitements, et d'indiquer les canaux de communication par lesquels il souhaite être sollicité (SMS, courriel, téléphone, courrier) en se rendant sur son Espace Client particulier.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions

garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et des bénéficiaires et (2) à notifier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

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

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

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

Autorité de tutelle

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

Vos contacts utiles Malakoff Humanis

Suivre votre contrat santé

Espace client : malakoffhumanis.com et appli mobile

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

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



MHM, MALAKOFF HUMANIS MUTUELLE

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité

Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris

N° SIREN 784 718 256

Mutuelle membre du groupe Malakoff Humanis - 21 rue Laffitte - 75009 Paris

malakoffhumanis.com

