

Mutuelle Malakoff Humanis

Contrat collectif à adhésion facultative

ASSOCIATION DES ANCIENS DE L'EMPLOI A.M.A.E. Garanties frais de santé

Adhérents de l'Association



NOTICE D'INFORMATION FS3002

Date d'effet : 1^{er} janvier 2024

Fait à Paris le 27 octobre 2023

SOMMAIRE

Informations générales _____	3
L'objet du contrat _____	3
Votre affiliation _____	3
Quand bénéficiez-vous des garanties ? _____	5
Les cotisations _____	7
Les prestations _____	8
Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée _____	17
Quelles sont vos formalités déclaratives ? _____	17
Les généralités du contrat _____	20
Le tableau de Garanties _____	27
Lexique _____	32

Ce document qui vous est remis par votre Association, définit les dispositions contractuelles organisant les rapports entre votre association, vous-même, et la mutuelle.

Si vous souhaitez de plus amples informations, adressez-vous à votre Association qui tient les conditions générales et documents contractuels à votre disposition.

Cette notice satisfait aux obligations d'information des assurés
(article L 221-6 du Code de la mutualité)

IMPORTANT

Document
à remettre
à l' Association

Je soussigné(e), _____

reconnais avoir reçu une notice d'information sur les garanties

frais de santé souscrites par l' Association à effet du
01/01/2024 :

auprès de Mutuelle Malakoff Humanis.

A _____ le _____

Signature :

Informations générales

L'objet du contrat

Le contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative, souscrit par l'Association des Anciens de l'Emploi (AMAE) auprès de Mutuelle Malakoff Humanis soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Cette notice a pour objet d'indiquer les conditions dans lesquelles nous vous accordons, ainsi qu'à vos ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Les prestations sont indiquées au tableau de garanties joint à votre notice.

Le contrat répond aux critères qualifiant les contrats de « responsables » par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Elles respectent en outre les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même code.

Le contrat frais de santé souscrit par votre Association, ouvre droit aux garanties d'assistance, assurées par AUXIA Assistance, sous réserve de respecter les dispositions prévues à la notice d'assistance.

Mutuelle Malakoff Humanis et AUXIA Assistance sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Votre affiliation

Quelles sont les modalités d'affiliation ?

Pour bénéficier des garanties, vous devez être adhérent à l'Association des Anciens de l'Emploi (AMAE).

Vous devez compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation en indiquant la liste de vos ayants droit et en envoyant les pièces justificatives nécessaires s'il y a lieu.

Vous envoyez votre bulletin accompagné des pièces nécessaires à :

AMAE
71, Boulevard de Brandebourg
94200 IVRY SUR SEINE
Mail : amae.mutuelle@gmail.com

Vous devez signaler tout changement de situation familiale par le même document.

L'AMAE se chargera de nous faire parvenir le bulletin individuel d'affiliation.

Vous pouvez demander votre affiliation, sous réserve que votre demande nous parvienne les trente jours qui suivent :

- la date d'effet du contrat,
- votre date d'entrée dans la catégorie de personne assurée,
- au lendemain de votre radiation par votre précédent organisme assureur,
- au jour de changement de votre situation familiale (mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un pacte civil de solidarité, début et fin du concubinage, naissance, décès d'un ayant droit...).
- votre départ à la retraite et ce jusqu'à la fin de l'année civile suivante. Passé ce délai, le tarif applicable de votre contrat sera celui de la tranche 9 et ce quel que soit le niveau de vos revenus.

Déchéance de garantie au sinistre

Vous ou votre bénéficiaire de la prestation êtes déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

- **Si vous faites 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,**
- **Si vous fournissez ou utilisez sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou usez d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.**

Vous vous exposez également à des poursuites pénales de notre part.

La fausse déclaration

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

Nous devons justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

Les cotisations payées nous sont acquises.

Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?

En fonction de la structure d'affiliation choisie par votre Association, vos ayants droit sont :

- votre conjoint,
 - à défaut votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs), non dissout et non rompu,
 - à défaut votre concubin célibataire, divorcé ou veuf, s'il réside sous le même toit que vous, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi, vous et votre concubin ne devez être ni mariés, ni liés par un pacte civil de solidarité,
- vos enfants à charge ou ceux de votre conjoint au sens du contrat qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - Etre âgés de moins de 21 ans,
 - Bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle de votre conjoint ou d'une affiliation personnelle,
 - Etre fiscalement à votre charge, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que vous déduisez fiscalement de votre revenu global.

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

- S'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 55 % du SMIC,

Cette limite d'âge est également prorogée jusqu'au 28^{ème} anniversaire pour l'enfant handicapé s'il ouvre droit à l'allocation d'éducation pour enfant handicapé prévue à l'article L 541-1 du Code de la sécurité sociale ou perçoit l'allocation d'adulte handicapé prévue à l'article L 821-1 de ce code.

Les enfants nés viables postérieurement à votre décès et dont la filiation avec vous est établie, sont assimilés à des enfants à charge.

- **vos ascendants**, père et mère à charge et ceux de votre conjoint au sens du contrat :
 - bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale ;
 - fiscalement à votre charge, c'est à dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que vous déduisez fiscalement de votre revenu global.

La structure d'affiliation

Votre Association a choisi une structure d'affiliation : **adhérent / 1 adhérent + 1 enfant/ 1 adhérent + 2 enfants et plus.**

A l'affiliation vous déterminez librement les membres de votre famille que vous souhaitez affilier.

Quand bénéficiez-vous des garanties ?

Quand prennent effet vos garanties ?

Pour vous

Les garanties prennent effet à la date effective de la demande d'affiliation qui correspond :

- à la date d'effet du contrat,
- à la date de votre entrée dans la catégorie de personne assurée,
- au lendemain de votre radiation par le précédent organisme assureur,
- au jour de changement de situation familiale (mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un pacte civil de solidarité, début et fin du concubinage, naissance, décès d'un ayant droit...),

et sous réserve que la demande nous parvienne dans les trente jours.

Dans tous les autres cas, au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne au plus tard le 31 octobre.

Pour vos ayants droit, dans le cadre de la structure : adhérent / 1 adhérent + 1 enfant/ 1 adhérent + 2 enfants et plus.

Les garanties prennent effet :

- à la même date que vous,
- au lendemain de la radiation par le précédent organisme assureur, sous réserve que le bulletin individuel d'affiliation nous parvienne au plus tard dans les trente jours qui suivent la date de radiation,
- au jour de changement de situation familiale (mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un pacs, début et fin du concubinage, naissance, décès d'un ayant droit...) sous réserve que le bulletin individuel d'affiliation nous parvienne dans les trente jours de l'événement.

Dans tous les autres cas, au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne au plus tard le 31 octobre.

Vous et vos ayants droit couverts précédemment par un autre organisme assureur, pouvez bénéficier des garanties du contrat si vous continuez à remplir les conditions pour en être bénéficiaires.

Renonciation

Vous pouvez renoncer à votre affiliation pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes 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.

Vous pouvez demander la renonciation à votre choix :

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite à notre siège social ou chez notre représentant ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente jours suivant la date de réception de la demande. Toutefois, si des prestations ont été versées, vous devrez les rembourser intégralement avant tout remboursement préalable des cotisations.

La renonciation est définitive.

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

« Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète) déclare renoncer à mon affiliation au contrat n°, ayant pris effet le conformément aux dispositions de l'article « renonciation » du contrat. »

Quand cessent vos garanties ?

Pour vous

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation de votre contrat,
- à la date à laquelle vous avez dénoncé votre affiliation, dans les conditions prévues au § ci-dessous « Dénonciation volontaire de votre part »,
- à la date de radiation pour défaut de paiement des cotisations,
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assurée pour cause décès ou de non paiement du droit annuel d'adhésion à l'Association des Anciens de l'Emploi (AMAE).

En l'absence de déclaration de votre radiation par votre Association, nous pourrions réclamer le remboursement des sommes indûment versées.

Pour vos ayants droit

Leurs garanties cessent à la même date que les vôtres. De plus, leurs garanties cessent à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit, ou à la date à laquelle leur radiation est demandée.

En cas de décès vos ayants droit peuvent continuer de bénéficier des garanties du contrat à titre viager, sous réserve :

- qu'ils continuent de remplir les conditions prévues pour être bénéficiaires,
- que le contrat demeure en vigueur pendant cette période,
- qu'ils payent la cotisation à l'identique de la vôtre.

Cette radiation est définitive.

Dénonciation volontaire de votre part

Vous pouvez dénoncer votre affiliation et celle de vos ayants droit conformément aux modalités ci-dessous :

- **dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information ou de la notice additive établie à cet effet, en cas de modification apportée à vos droits et obligations,**
- **au plus tard le 31 octobre de la première année d'affiliation (effet : au 31 décembre minuit),**
- **à tout moment, à compter d'un an d'affiliation au contrat. (effet : un mois de date à date à compter de la réception).**

La notification de la dénonciation de votre affiliation peut être effectuée, à votre choix :

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite à notre siège social ou chez notre représentant ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, lorsque nous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La dénonciation est définitive pour vous et vos ayants droit.

Résiliation en trois clics

L'article 17 de la loi n°2022-1158 du 16 août 2022 prévoit la possibilité de résilier le contrat par voie électronique à compter du 1^{er} juin 2023.

A cet effet, la demande de résiliation du contrat peut être formulée directement sur le site internet malakoffhumanis.com notamment.

Les cotisations

Cette complémentaire santé est réservée au(x) seul(s) adhérent(e)(s) de l'AMAE. Ne pas être à jour de votre adhésion et/ou de votre cotisation vous expose à être radié(e).

La cotisation est déterminée en fonction du dernier avis d'imposition.

Le montant de la cotisation pour toute nouvelle adhésion d'un agent partant en retraite en cours d'année, correspond à 2 tranches de revenus en dessous de celle calculée après son avis d'impôt.

Le montant est revu sans effet rétroactif à la réception par Malakoff Humanis de la nouvelle notification d'impôt reprenant les revenus de retraite sur 12 mois.

A défaut de fournir les justificatifs, le montant maximum (tranche 9) est appliqué.

Vous devez nous payer les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, mensuellement d'avance dans les quinze premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement automatique sur votre compte ou par virement.

Vous n'êtes redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert ; cette période étant calculée de la prise d'effet à la cessation des garanties.

Vous êtes le seul responsable du paiement des cotisations. À ce titre, vous nous remettez un relevé d'identité bancaire et un mandat de prélèvement SEPA.

Les prestations

Quelles sont les prestations ?

Votre contrat prend en charge l'ensemble des garanties décrites dans la partie « Tableau de garanties », déduction faite des remboursements versés par la Sécurité sociale le cas échéant, et dans la limite des frais réellement engagés.

Votre contrat respecte la législation et réglementation en vigueur à la date des soins et sera adapté en cas de modification de celles-ci.

Le montant et la date retenus pour les dépenses engagées sont ceux figurant sur le décompte de prestation de la Sécurité sociale ou sur votre facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle de l'AMAE entraîne la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.

Les critères du contrat responsable

Les garanties du contrat respectent les obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge conformément aux dispositions du **contrat responsable**.

Ainsi, le contrat assure obligatoirement :

- la prise en charge du **ticket modérateur** pour l'ensemble des dépenses de santé, à l'exception des frais de cures thermales, des médicaments remboursés à 30 % et à 15 % et de l'homéopathie. Il couvre notamment à hauteur du ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale,
- la prise en charge intégrale du **forfait journalier hospitalier**, sans limitation de durée,
- la prise en charge des **équipements optiques**, dans le respect de planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation.

Si le contrat comporte des garanties optiques dentaires ou auditives, elles sont modifiées de la façon suivante :

1. Optique

a. Généralités

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur à compter du **1^{er} janvier 2020**.

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

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

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

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

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

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait unique**, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**.

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

Les verres simples, complexes ou très complexes sont ainsi définis :

<p>VERRES SIMPLES</p> <ul style="list-style-type: none">• Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries,• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.
<p>VERRES COMPLEXES</p> <ul style="list-style-type: none">• Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,• Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,• Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
<p>VERRES TRES COMPLEXES</p> <ul style="list-style-type: none">• Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries,• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie*,• Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

*Sphère supérieure à une dioptrie de I-8DI soit -9D

Mutuelle Malakoff Humanis

Mutuelle soumise aux dispositions
du livre II du Code de la mutualité
Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris
N° SIREN 784 718 256

ASSOCIATION DES ANCIENS DE L'EMPLOI
A.M.A.E

Siren : 538 396 110
Contrat n°M3/Q10420-0001-S
Référence de gestion : MMHM2270000032S

b. Les 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.

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	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	

2. Dentaire

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

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

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

3. Aide auditive

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

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% santé.
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Si votre contrat prévoit le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale médicale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale, il respecte les plafonds de prise en charge prévus par la réglementation.

Les garanties et niveaux de remboursement de votre contrat seront adaptés en fonction des éventuelles évolutions législatives et réglementaires régissant « les contrats responsables ».

Toutefois, le présent contrat ne prend pas en charge :

- **la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale,**
- **la majoration du ticket modérateur restant à votre charge en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,**
- **les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).**

4. Télésurveillance médicale

Le périmètre du contrat responsable a été modifié par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2022 et 2023.

A compter du 1^{er} juillet 2023, le contrat responsable prévoit également la prise en charge intégrale du ticket modérateur pour les activités et dispositifs numériques de télésurveillance médicale ou à visée thérapeutique.

Quelles sont les autres limites de remboursement ?

Le total de nos remboursements, de ceux de la Sécurité sociale et ceux de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Tout forfait non utilisé sur une année ne donnera lieu à aucun report sur l'année suivante.

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, votre contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence (SMUR).

Dispositif « MonPsy »

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoit la prise en charge de séances d'accompagnement psychologique dans le cadre du dispositif « MonPsy ».

Depuis le 5 avril 2022, votre contrat rembourse le ticket modérateur des séances effectuées dans le cadre de ce dispositif.

Forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale

Si vos garanties prévoient des forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale, ils sont indiqués au tableau de garanties.

Ces forfaits ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées.

Forfait patient urgences

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a prévu la mise en place du forfait patient urgences pour les passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

A compter du 1^{er} janvier 2022, la facturation est modifiée et fixée forfaitairement quels que soient les actes et soins médicaux. Le remboursement est réalisé dans les mêmes conditions que l'était celui du ticket modérateur.

Forfait journalier hospitalier

Le forfait journalier hospitalier est pris en charge pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L174-4 du Code de 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...).**

Modification de prescription médicale ophtalmologique par les orthoptistes

Suite à la loi de financement de la Sécurité sociale 2022, les orthoptistes sont désormais autorisés dans certains cas à modifier des prescriptions médicales réalisées par un médecin ophtalmologiste.

Encadrement de la parodontologie

Concernant la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale, seuls les actes inscrits et codés selon la nomenclature de la Sécurité sociale en vigueur à la date des soins, peuvent faire l'objet d'un remboursement.

Les mentions NPC (non pris en charge) et NR (non remboursé) ne sont pas des codifications de la nomenclature de la Sécurité sociale.

Les actes non-inscrits à la nomenclature sont mentionnés HN (hors nomenclature) et sont donc exclus de nos garanties.

Pharmacie

Achat sur Internet

Les médicaments achetés sur Internet sont remboursés dans la mesure où ils ont été achetés sur des sites autorisés, l'autorisation étant donnée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente.

La liste des pharmacies autorisées à vendre sur internet est disponible sur le site : <http://www.ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search>

Automédication et pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale (sans prescription médicale)

Si ce forfait annuel est prévu dans votre tableau de garanties, celui-ci permet de couvrir, sur présentation d'une facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit, la pharmacie non prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale.

Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale

La garantie « pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale » concerne :

- les produits pharmaceutiques réglementés,
- les APSI (Allergènes préparés spécialement pour un individu) règlementés,
- les compléments alimentaires dont la TVA est à 5,5%.

Si ce forfait annuel est prévu dans votre tableau de garanties, celui-ci permet de couvrir, sur présentation d'une ordonnance et d'une facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit, la pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale.

Pharmacie non remboursée par le contrat

Ne sont pas couverts les produits dont la TVA est de 20% (produits dits "de confort").

Spécialités médicales non remboursées par la Sécurité sociale

Si ces spécialités sont prévues dans votre tableau de garanties, votre remboursement est conditionné à la présentation d'une facture établie par le praticien mentionnant le diplôme de celui-ci.

Le forfait permet de couvrir les consultations liées à des actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'acupuncture, de psychomotricien, de podologie/pédicurie, de diététicien, de psychologue, de tabacologue, d'homéopathie, et d'étiopathie non remboursés par la Sécurité sociale, sur présentation d'une facture établie par le praticien.

Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Ils doivent avoir enregistré leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n°ADELI), système prévu par le Code de la santé publique.

Les chiropracteurs doivent être titulaires du titre de chiropracteur dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Ils doivent avoir enregistré leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n°ADELI), système prévu par le Code de la santé publique.

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

Chambres particulières

Si ce forfait annuel est prévu dans votre tableau de garanties, sont prises en charge les chambres particulières

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

Les chambres particulières en ambulatoire sont remboursées dans la limite de 40 % de la prise en charge du tarif de la chambre en hospitalisation complète et dans la limite de 40 euros.

En tout état de cause, ne peuvent donner lieu à remboursement :

- **les appartements privés ;**
- **les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.**

Sevrage Tabagique

Si ce forfait annuel est prévu dans votre tableau de garanties, celui-ci permet de couvrir les dépenses liées aux traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...), en complément de celui prévu par la Sécurité sociale. Sont couverts, les substituts nicotiques figurant sur la liste de ceux remboursables par la Sécurité sociale disponible sur le site www.ameli.fr. La cigarette électronique n'est pas prise en charge au titre des garanties.

La demande de remboursement doit être accompagnée d'une prescription médicale et d'une facture nominative du pharmacien (désignation du médicament et du bénéficiaire du traitement) consacrée exclusivement aux substituts nicotiques.

Services d'accès aux soins et prévention

Dans le cadre de votre contrat santé, votre assureur donne accès à des services qui facilitent l'accès aux soins ou bien encore participent à la prévention de risques santé. Selon l'organisme gestionnaire du contrat l'accès à certains services peut être limité.

Les services d'accès aux soins vous aident à trouver facilement et simplement un professionnel de santé ou un établissement de soins. Ils permettent de limiter votre reste à charge final, notamment par le biais d'accords tarifaires très avantageux.

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

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

L'ensemble de ces services est détaillé sur l'espace client ou sur le site malakoffhumanis.com.

Réseau professionnel de santé

L'assureur vous donne accès à une plateforme de santé Kalixia.

Cette plateforme peut passer des conventions particulières avec les praticiens et les établissements de santé.

KALIXIA a notamment conclu un accord auprès d'opticiens, audioprothésistes, chirurgiens-dentistes et ostéopathes constituant un réseau vous permettant de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses y sont engagées.

En outre, 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 votre prise en charge dans certaines spécialités chirurgicales programmées.

La liste des professionnels de santé et établissements hospitaliers appartenant aux réseaux Kalixia et le comparateur Kalixia Hospit sont disponibles sur l'espace client.

Si le contrat le prévoit, des prestations plus élevées peuvent être accordées pour les dépenses engagées dans le réseau aux bénéficiaires qui ont recours au tiers payant. Ces prestations dans le réseau ne sont pas cumulables avec celles hors réseau.

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

Devis conseil

Afin de réduire le reste à charge des bénéficiaires, l'assureur peut proposer 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 l'assureur 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.

Vous pouvez imprimer des modèles de devis sur notre site internet www.malakoffhumanis.com ou utiliser le formulaire fourni par le professionnel de santé. Les devis doivent être retournés signés à l'adresse suivante :

Malakoff Humanis Conseil Santé
21 rue Laffitte
75317 PARIS cedex 09

Le tiers payant

La mise en œuvre du tiers payant

Le contrat vous permet ainsi qu'à vos ayants droit de bénéficier du tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Pour que le tiers payant s'applique il est nécessaire que le professionnel de santé soit partenaire de l'opérateur de tiers payant de l'organisme assureur et que l'ensemble des pièces justificatives demandées par l'organisme assureur soient fournies.

Sans remettre en cause les dispositions spécifiques au contrat responsable et au 100 % santé, les situations suivantes ne permettent pas de réaliser le tiers payant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale :

- le défaut de votre consentement écrit à la transmission de données détaillées de la nomenclature de la Sécurité sociale relatives à l'acte ou au dispositif médical via le professionnel de santé. Il est précisé que ces données sont nécessaires au calcul et au contrôle du remboursement des garanties souscrites.
- l'application par le professionnel de santé, de tarifs analysés comme excessifs par rapport aux prix les plus fréquents constatés sur le marché (supérieurs à 80% des prix constatés) pour l'équipement délivré.

Dans les cas cités ci-dessus, le bénéficiaire devra avancer une partie des frais et envoyer la demande complétée des pièces justificatives mentionnées au contrat à l'organisme assureur afin d'être remboursé à hauteur des garanties souscrites.

Spécificité du tiers payant pour le « 100% Santé » :

Dans le cadre du « 100% Santé », le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et audio sans reste à charge, c'est à dire à hauteur des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation définis règlementairement.

La carte de tiers payant et sa version dématérialisée

Nous adressons une carte de tiers payant qui mentionne notamment :

- votre numéro d'adhérent/identifiant vous permettant de vous connecter à votre espace client pour consulter vos remboursements ou fournir des pièces justificatives,
- nos coordonnées.

A compter du jour où les garanties cessent, vous et vos éventuels ayants-droit ne devez plus utiliser la carte de tiers payant et devez en informer les professionnels de santé auprès desquels la carte aurait été enregistrée (exemple : Pharmacien).

Si nous avons effectué à tort des versements auprès des professionnels de santé, vous devrez les rembourser.

Vous pouvez également consulter ou télécharger la carte de tiers payant sous format dématérialisé depuis votre Espace client (accessible sur PC, tablette, smartphone ou application mobile).

Cette version dématérialisée étant le strict reflet de vos droits de l'assuré et de ceux de vos bénéficiaires au jour du téléchargement, elle doit être présentée en priorité au professionnel de santé.

Le contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle médical pour toutes demandes concernant les prestations notamment pour les garanties dentaire ou optique, avant ou après le paiement des prestations.

Nous pouvons avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de notre choix, dont les honoraires sont à notre charge.

En cas de refus de votre part de répondre à ce contrôle, 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.

Lors du contrôle médical, vous avez la faculté de vous faire assister par le médecin de votre choix ou d'opposer les conclusions de votre médecin traitant.

En cas de contestation de notre décision, vous devez, sous peine de radiation, adresser dans les trente jours suivant 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 de grande instance de votre résidence, 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, nous pourrions ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

Dispositifs 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 annuaire.sante.ameli.fr.

Quelles sont vos formalités déclaratives ?

Quand et comment nous déclarer vos ayants droit ?

Vous devez déclarer vos ayants droit, grâce au « bulletin individuel d'affiliation » :

- lors de votre affiliation,
- à chaque modification de votre situation familiale.

Vous devez joindre une photocopie de l'attestation jointe à votre carte vitale et un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement de vos prestations.

De plus, pour justifier la qualité d'ayant droit, vous devez joindre les pièces suivantes :

- une photocopie de l'attestation jointe à la carte vitale pour chacun de vos ayants droit,

En cas de pacs ou de concubinage :

- une déclaration sur l'honneur signée des deux partenaires ou concubin,

Pour vos enfants à charge qui ne figurent pas sur votre attestation carte vitale :

- une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du(des) contrat(s),

Le cas échéant, d'une copie :

- du certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année),
- du contrat d'apprentissage ou d'alternance ou de qualification mentionnant le montant de la rémunération,
- d'une attestation d'inscription à Pôle Emploi,
- de la carte d'invalidité ou de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé.

Pour vos ascendants à charge au sens du contrat :

- une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du(des) contrat(s).

En cas d'absence d'un de ces documents, les ayants droit concernés ne pourront pas bénéficier de la garantie frais de santé.

Comment obtenir un remboursement ?

Pour obtenir le premier remboursement, votre demande d'affiliation doit nous avoir été adressée soit par télétransmission, soit par courrier à l'adresse indiquée sur la carte d'affiliation mutualiste.

Pour vous et les membres de votre famille indemnisés sous votre numéro de Sécurité sociale

Il existe une procédure de traitements automatiques des remboursements (NOEMIE) entre la Sécurité sociale et nous. Cette procédure vous permet, ainsi qu'aux membres de votre famille indemnisés sous votre numéro de Sécurité sociale, de ne rien nous adresser, sauf demande expresse, dès lors que la demande de remboursement a été adressée à la Sécurité sociale.

Pour s'assurer que vous n'avez rien à nous adresser, vous devez vérifier que la mention « décompte transmis à votre mutuelle », ou une formule similaire, est indiquée sur votre décompte de la Sécurité sociale.

Si ce n'est pas le cas, vous devrez adresser l'original du décompte de la Sécurité sociale pour notre remboursement.

Si, pour procéder au remboursement, nous avons besoin d'une facture (optique, prothèse dentaire...), nous vous la réclamerons.

Si, par contre, vous n'avez pas adressé de demande de remboursement à la Sécurité sociale, par exemple parce que vous n'avez acquitté que le ticket modérateur, vous devez nous adresser votre reçu des sommes acquittées pour votre remboursement.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Si, en changeant de domicile, vous changez de caisse primaire d'assurance maladie, vous devez nous adresser une photocopie de votre nouvelle attestation de carte vitale pour continuer à bénéficier de la procédure NOEMIE.

Pour les membres de votre famille ayant leur propre numéro de Sécurité sociale

Vous devez déclarer sur votre bulletin individuel d'affiliation si ces derniers sont affiliés ou non à une mutuelle.

Notre intervention diffère selon leur situation :

- s'ils sont affiliés à une mutuelle, ils bénéficieront éventuellement d'un remboursement complémentaire de notre part après remboursement de la mutuelle et au vu de l'original du décompte qui leur aura été adressé par celle-ci,
- s'ils ne sont pas affiliés à une mutuelle, ils bénéficieront de notre garantie et de la procédure NOEMIE dans les mêmes conditions que vous.

Dans le cas où votre conjoint, votre partenaire pacsé, votre concubin ou vos enfants à charge relève d'un régime particulier tel que :

- régime étudiant,
- régimes de la fonction publique,
- régimes spéciaux des travailleurs non salariés,
- régime minier,

il est nécessaire de nous adresser les originaux des décomptes de prestations de ces organismes ou de la mutuelle dont ils pourraient bénéficier en complément, pour que nous puissions intervenir à titre complémentaire ou surcomplémentaire.

Comment consulter vos remboursements ?

Vous pouvez consulter à tout moment vos remboursements effectués sur votre compte en consultant l'un des services suivants :

Notre site Internet :
www.malakoffhumanis.com

ou

Par téléphone au :

03 80 28 25 53

Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h.

A qui adresser vos courriers ?

Tous les courriers doivent être adressés à votre centre de gestion dont l'adresse est la suivante :

MALAKOFF HUMANIS
TSA 49158
73025 CHAMBERY CEDEX

Vous êtes tenu de nous signaler tout changement d'adresse et de coordonnées bancaires ou postales.

Les généralités du contrat

Communication dématérialisée

Nous communiquons progressivement de façon dématérialisée avec vous via votre Espace Client ou par courriel, pour la gestion de votre contrat et de votre affiliation.

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.

Pièces justificatives nécessaires au paiement des prestations

Sous réserve que les garanties soient souscrites, le paiement des prestations peut être subordonné à la fourniture de pièces justificatives listées dans le tableau ci-dessous.

Le délai de remboursement prévu au contrat ne court qu'à compter de la réception complète des pièces qui auront été demandées par l'organisme assureur.

Toute somme versée à tort sera réclamée par l'organisme assureur.

Par ailleurs, ce dernier se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires, avant ou après paiement des prestations.

Ces pièces justificatives sont nécessaires dans les deux cas ci-dessous :

✓ Pour la liquidation de certains actes complexes :

Lorsque le niveau de prise en charge ne peut être identifié sans la communication de codes détaillés de la nomenclature de la Sécurité sociale, l'organisme assureur appliquera le niveau minimum prévu pour le code regroupé de cette nomenclature. Toutefois, si les pièces demandées sont transmises dans les deux ans de la date des soins, l'organisme assureur procédera à la régularisation à hauteur des garanties.

- ✓ **Pour la liquidation de la totalité des actes couverts par le contrat, ponctuellement à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude :**

✓

Si l'assuré ne transmet pas les pièces justificatives demandées par l'organisme assureur avant ou après le paiement des prestations, il s'expose à une annulation de sa prise en charge. L'assuré devra restituer le montant des prestations indument versées.

Domaine de prise en charge	Justificatifs à fournir sur demande de l'assureur
Traitement par Noémie	
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés • Justificatif de la demande de la chambre particulière par l'assuré et de son montant • Le cas échéant, le devis accepté par l'assuré avec les dépassements d'honoraires pour les actes médicaux
Cure thermale	<ul style="list-style-type: none"> • Facture acquittée et détaillée mentionnant l'ensemble des dépenses y compris les frais de transport et d'hébergement
Optique	<ul style="list-style-type: none"> • Devis détaillé et accepté par l'assuré • Facture détaillée et acquittée • Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'opticien • Le cas échéant, prescription médicale initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ou l'orthoptiste (autorisé dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022) • Le cas échéant, bilan visuel réalisé préalablement au renouvellement de la prescription par un médecin ophtalmologiste (autorisé dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022)
Dentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Devis détaillé et accepté par l'assuré • Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Aide auditive	<ul style="list-style-type: none"> • Devis détaillé et accepté par l'assuré • Facture détaillée et acquittée par l'assuré • Le cas échéant, prescription médicale • Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'audioprothésiste
Maternité	<ul style="list-style-type: none"> • Photocopie du livret de famille ou acte de naissance
Adoption	<ul style="list-style-type: none"> • La copie du jugement d'adoption plénière

Traitement hors Noémie	Justificatifs à fournir dans tous les cas
Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.
Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état¹ dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI ou RPPS³
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> 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
Automédication et pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale ² (sans prescription médicale)	<ul style="list-style-type: none"> Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit.
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale ²	<ul style="list-style-type: none"> Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit.

¹Les **acupuncteurs** doivent être des médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'Etat appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire.

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

³**RPPS** : répertoire partagé des professionnels de santé

La 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons 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 ignoré jusque là.

Lorsque vous, votre entreprise ou le bénéficiaire intentez une action en justice à notre encontre et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à votre encontre, celle de votre entreprise ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par vos soins, votre entreprise 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 accusé de réception, soit que nous adressons à votre entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que vous ou vos ayants droit nous adressez en ce qui concerne le règlement de la prestation.

La mobilité des assurés à l'étranger

Lors de vos déplacements privés de moins de trois mois hors du territoire français (sauf dans les pays formellement déconseillés par le Ministère des Affaires Etrangères), les garanties s'exercent également.

Les frais engagés d'une manière occasionnelle à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge partiellement par la Sécurité sociale. Les remboursements complémentaires, établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale, sont alors effectués en euros, dans la limite des garanties.

S'agissant des soins dispensés hors de France, les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires pourront, s'il y a lieu et après avis de notre médecin conseil, être plafonnées à hauteur du prix pratiqué normalement en France pour des actes et des soins équivalents.

La subrogation

Lorsque vous êtes atteint d'une affection ou êtes victime d'un accident causé(e) par un tiers responsable, nous disposons d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

Vous devrez nous en informer lors des formalités de demande de prestations.

A qui vous adresser en cas de réclamation ?

En cas de difficultés dans l'application du contrat, vous et/ou les bénéficiaires et votre Association pouvez contacter dans un premier temps votre conseiller ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée comme suit :

- Pour votre Association : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.
- Pour vous et/ou les bénéficiaires : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

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, votre Association, vous et/ou les bénéficiaires pouvez, vous adresser au médiateur de la mutualité française à l'adresse suivante :

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

Mutuelle Malakoff Humanis

Mutuelle soumise aux dispositions
du livre II du Code de la mutualité
Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris
N° SIREN 784 718 256

ASSOCIATION DES ANCIENS DE L'EMPLOI
A.M.A.E
Siren : 538 396 110
Contrat n°M3/Q10420-0001-S
Référence de gestion : MMHM2270000032S

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 »), vous et les bénéficiaires êtes informés par Mutuelle Malakoff Humanis, 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. Vos données à caractère personnel et celles des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion de vos avis et ceux 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 vous 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 votre non ré-identification et celle des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition, à votre attention et celle des bénéficiaires, de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à votre destination et celle des bénéficiaires ;

Vos données relatives à vos adresses électroniques et postales personnelles et celles des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour la fiabilisation et l'enrichissement de nos bases, au moyen d'un processus sécurisé de mutualisation des données entre l'AMAE et Malakoff Humanis.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter vos données personnelles et celles 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 votre NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») et celui 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, votre consentement explicite et spécifique et celui 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 de vos données à caractère personnel et de celles 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.

Vos données de santé et celles 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 vos données à caractère personnel et celles des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Vos données à caractère personnel relatives à votre santé et celles des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si vos données à caractère personnel et celles 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 vous 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 de vos données et celles des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Vous et les bénéficiaires disposez d'un droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de vos données, post-mortem. Vous et les bénéficiaires disposez également d'un droit de vous opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont elles font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous 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, vous et les bénéficiaires disposez 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.

Vous et vos bénéficiaires disposez enfin du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

Garanties d'assistance

Lors de la remise de votre notice par votre Association, vous trouverez en complément de celle-ci, une notice précisant les conditions d'accès aux prestations proposées par AUXIA Assistance.

Le tableau de Garanties

			GARANTIE
Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :			
HOSPITALISATION (1)	Frais de séjour	En établissement conventionné ou non conventionné	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS
	Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %TM + 100 %BRSS
	Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale		100 % Frais Réels
	Forfait patient urgence (11)		100% DE
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris soins courants)		100% de la participation forfaitaire
	Chambre particulière (2) Non remboursé par la Sécurité sociale		
		Par nuitée (limité à 6 jours pour la maternité)	40 €
		Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	16 €
Lit d'accompagnant (2) Non remboursé par la Sécurité sociale			
	Bénéficiaire de moins de 14 ans ou + 70 ans	25 €	

Mutuelle Malakoff Humanis

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris
N° SIREN 784 718 256

ASSOCIATION DES ANCIENS DE L'EMPLOI
A.M.A.E

Siren : 538 396 110
Contrat n°M3/Q10420-0001-S
Référence de gestion : MMHM2270000032S

DENTAIRE auprès d'un professionnel	Soins et prothèses 100 % Santé**		sans reste à payer (7)
	Soins autres que 100 % Santé	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	200 %BRSS
	Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (hors inlay-onlay, inlay-core, bridge)	200 %BRSS
		Inlay-onlay	200 %BRSS
		Inlay-core	200 %BRSS
		Adjonction d'élément intermédiaire à une prothèse plurale (bridge)	100 %BRSS
	Implantologie	Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire - Forfait par an et par bénéficiaire	5 %PMSS
	Orthodontie (4)	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	200 %BRSS
	Plafond global dentaire (5) : (uniquement pour prothèses autres que 100 % Santé et l'implantologie)	Par an et par bénéficiaire	2 330 €

OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	Équipement 100 % Santé** (classe A)	Y compris facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien	sans reste à payer (7)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)		
		par verre simple adulte *****	159 €
		par verre complexe adulte *****	159 €
		par verre très complexe adulte *****	159 €
		par monture de lunettes adulte *****	100 €
		Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100 %TM
		par verre simple enfant *****	89 €
		par verre complexe enfant *****	89 €
		par verre très complexe enfant *****	89 €
	par monture de lunettes enfant *****	63 €	
	Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100 %TM	
	Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	5 % PMSS / paire
		Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	5 % PMSS / paire
	Chirurgie optique réfractive	Par œil, par an et par bénéficiaire	10 %PMSS

AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille Renouvellement par appareil tous les 4 ans	Équipement 100 % Santé** (classe I***)		sans reste à payer (8)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe II***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par bénéficiaire	10 %PMSS 100% TM
	Accessoires et fournitures		

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires médicaux		
	Consultation / visite / consultation en ligne		
	chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS 100 %TM + 100 %BRSS
	chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS 100 %TM + 100 %BRSS
	Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS 100 %TM + 100 %BRSS
	Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS 100 %TM + 100 %BRSS
	Honoraires paramédicaux		
	Analyses et examens de laboratoire		
			100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales (dont perruques, implants mammaires suite à maladie et prescription), hors aides auditives et optique	300 %BRSS
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (6)	100 %BRSS
	Cures thermales Remboursées par la Sécurité sociale		
		Honoraires et traitement thermal	100 %BRSS
	Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	10 %PMSS	
Cures thermales Non remboursées par la Sécurité sociale			
	Honoraires, traitement thermal, hébergement et transport - forfait global annuel	8 %PMSS	

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Médicaments	Médicaments remboursés à 65%	100 %TM
		Médicaments remboursés à 30%	100 %TM
		Médicaments remboursés à 15%	100 %TM
		Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	120 €
		Vaccins préventifs non remboursés par le Sécurité sociale	100 %BRSS
		Contraception non remboursée par la Sécurité sociale - par an	3 %PMSS
		Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale (sur prescription médicale et facture) - par an	50 €
	Médecine additionnelle et de prévention (9)	Médecine additionnelle non remboursée - par an, par séance et par bénéficiaire	
		Ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, psychologue, psychomotricien, tabacologue, homéopathie, étio-pathie dans la limite de 3 séances	25 €
		Consultation Diététicien – lutte Obésité - par an et par bénéficiaire	2 %PMSS
	Ostéodensitométrie osseuse	2 %PMSS	
	Dépistage des troubles de l'audition	1 dépistage / 2 ans	
Actes de prévention	Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (10)	100% TM	

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2024 :3864 €).

* **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.

** Tels que définis règlementairement : **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 règlementairement 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.

*** Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B.

**** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

- (1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.
- (2) Montants versés hors conventions spécifiques – Limitation de la prise en charge à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements spécialisés (psychiatrie).
Pour la chambre particulière de jour, il s'agit d'une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- (4) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
- (5) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.
- (6) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.
- (7) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation.
- (8) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.
- (9) Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale
- (10) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr)
- (11) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

Lexique

Acupuncture

Il s'agit d'un traitement par implantation d'aiguilles visant à fluidifier la circulation de l'énergie dans le corps.

Base de remboursement

Il s'agit du tarif de base déterminé par la Sécurité sociale française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non conventionnés.

Chiropractie

Il s'agit d'une médecine naturelle qui a pour objet de diagnostiquer, traiter ou prévenir les troubles musculaires en se concentrant principalement sur la manipulation des terminaisons nerveuses.

Dépassements d'honoraires non pris en charge

Lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonnés, les médecins spécialistes sont autorisés à pratiquer des dépassements dans certaines limites pour chaque acte effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Forfait hospitalier

Le 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...)

Forfait patient urgence

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a prévu la mise en place du forfait patient urgences pour les passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. Désormais, la facturation est modifiée et fixée forfaitairement quels que soient les actes et soins médicaux. Le remboursement est réalisé dans les mêmes conditions que l'était celui du ticket modérateur.

Ostéopathie

Il s'agit d'un traitement manuel s'intéressant aux troubles fonctionnels du corps humain.

Parcours de soins

Obligation pour tout assuré de plus de 16 ans de passer par son médecin traitant avant toute consultation d'un médecin spécialiste à l'exception des cas suivants sauf :

- en cas d'urgence,
- d'éloignement du domicile,
- ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé :
 - ophtalmologue,
 - gynécologue,
 - stomatologue,
 - psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 à moins de 26 ans.

Le non-respect du parcours de soin engendre la majoration du ticket modérateur qui ne sera pas pris en charge par l'organisme assureur.

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale. Il est constitué :

- du ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par la Sécurité sociale) ;
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ;
- des éventuels dépassements d'honoraires ou tarifaires ;
- de l'éventuel forfait journalier hospitalier ;
- des frais liés aux soins et prestations non prises en charge par la Sécurité sociale.

L'organisme assureur couvre, selon le caractère responsable et solidaire du contrat ou non et selon les postes de garanties, tout ou partie du reste à charge.

La participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'organisme assureur.

Participations forfaitaires

1. Participation forfaitaire d'un Euro :

Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale qui concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques.

Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'organisme assureur.

2. Participation forfaitaire « actes lourds »

Ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'État et dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.

Cette participation forfaitaire est remboursée par l'organisme assureur.

TA (tarif d'autorité)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

TC (tarif de convention)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française (base métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

TFR (tarif forfaitaire de responsabilité)

Base de remboursement du régime obligatoire calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établie par arrêté ministériel.

TM (ticket modérateur)

Participation de l'assuré aux tarifs définis par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite, majorée ou supprimée dans certains cas mentionnés au Code de la sécurité sociale.

Le Ticket Modérateur est égal à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le Montant Remboursé (MR) par celle-ci.

TR (tarif de responsabilité)

Cela vise :

- le tarif convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- le tarif d'autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

Tiers payant (ou dispense d'avance de frais)

Paiement direct, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques par les organismes d'assurance complémentaire, à votre place.

Régime obligatoire

Le régime de Sécurité sociale français auquel vous êtes affilié.

Secteur conventionné

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la Sécurité sociale. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge des bénéficiaires.

Secteur non conventionné

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

Sinistre

La survenance des soins.

Support durable

Tout instrument permettant à l'utilisateur de services de paiement de stocker les informations qui lui sont personnellement adressées d'une manière telle que ces informations puissent être consultées ultérieurement pendant une période adaptée à leur finalité et reproduites à l'identique.