Contrat d’assurance collective à adhésion facultative

FRAIS DE SANTÉ

NOTICE D’INFORMATION

Garanties en vigueur au 1er juillet 2024

STELLANTIS N.V.

Vitali santé

L’OPTION

ENSEMBLE DU PERSONNEL

Fait à Paris le 12 juillet 2024

Table des matières

Préambule	**1**
Informations générales	**2**
L'objet du contrat	2
Votre affiliation	2
Quelles sont les modalités d'affiliation ?	2
Fausse déclaration	2
Déchéance des garanties au sinistre	3
Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?	3
Structure d'affiliation	4
Quand bénéficiez-vous des garanties ?	4
Quand prennent effet vos garanties ?	4
Résiliation en trois clics	5
Faculté de renonciation	5
Dénonciation volontaire de votre part	5
Quand cessent vos garanties ?	6
Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ?	7
Quand pouvez-vous bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ?	8
Maintien individuel de vos garanties	8
Les prestations	9
Quelles sont les prestations ?	9
Quelles sont les limites de remboursement ?	10
Forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale	11
Encadrement de la parodontologie	12
Tiers payant	12
Le contrôle médical	12
Les généralités du contrat	13
Pièces justificatives	13
Prescription	14
Mobilités des assurés à l'étranger	14
Subrogation	15
A qui vous adresser en cas de réclamation ?	15
Protection des données à caractère personnel	16
Tableau de garanties	**18**
Lexique	**22**

Glossaire

Dans votre notice, nous utilisons les termes suivants :

L'organisme assureur est l'Institution de prévoyance qui garantit les risques souscrits. Il sera désigné par **nous**.

AON est l'organisme de gestion chargé des affiliations et des prestations et des cotisations.

L'assuré est le salarié ou ancien salarié bénéficiaire du contrat, c'est-à-dire appartenant à l'une des catégories de personnel prévue au contrat. Il sera désigné par **vous**.

Les ayants droit sont les membres de votre famille bénéficiant, en fonction de la structure d'affiliation, des garanties du contrat.

Par **conjoint** nous entendons :
- votre époux ou votre épouse, non-séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e),
- ou à défaut, votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code Civil,
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec vous au sens de l'article 515-8 du Code Civil, sous réserve que vous et votre concubin soyez libres de tout engagement (mariage ou PACS).

Par **portabilité de la couverture d'assurance** nous entendons le maintien de la garantie frais de santé qui vous est accordé en tant que demandeur d'emploi et bénéficiaire de ce dispositif en vertu de l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale.

IMPORTANT
Document à signer et à remettre à votre employeur

Je soussigné(e),.....

reconnais avoir reçu la notice d'information décrivant les garanties frais de santé souscrites au titre du contrat n° par mon entreprise :

.....

.....

à effet du 1er juillet 2024 auprès de Malakoff Humanis Prévoyance.

À ..... le .....

Signature

Préambule

Ce document qui vous est remis par votre employeur, définit les dispositions réglementaires et contractuelles organisant les rapports entre votre entreprise, vous-même, AON et Malakoff Humanis Prévoyance.

Les sociétés entrant dans le périmètre sont les suivantes :

RAISON SOCIALE	SIREN	CONTRAT N°
STELLANTIS NV SUCCURSALE FRANCE	**879 786 085**	**M1/ M49721 - 0001 - S**
STELLANTIS AUTO SAS	**542 065 479**	**M1 / M49723 – 0001 - S**
PEUGEOT INVEST	562 075 390	M1 / M50224 – 0001 - S
COMITE SOCIAL ECONOMIQUE STELLANTIS AUTO	778 351 270	M1 / M50249 – 0001 - S
COMITE D'ENTREPRISE USINE PEUGEOT	778 542 761	M1 / M50250 – 0001 - S
ETABLISSEMENETS PEUGEOT FRERES	875 750 317	M1 / M50242 – 0001 - S
ASS SPORTIVE CULTURELLE AUTO PEUGEOT - ASCAP	334 872 207	M1 / M53858 – 0001 - S
PEUGEOT FRERES INDUSTRIE	832 128 375	M1 / O77526 – 0001 - S

Si vous souhaitez de plus amples informations, adressez-vous à votre employeur qui tient l'ensemble des conditions générales et documents contractuels à votre disposition.

Cette notice satisfait aux obligations d'information des assurés (article L 932-6 du Code de la sécurité sociale).

Informations générales

L'objet du contrat

Le contrat L'Option est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative, souscrit par votre employeur auprès de Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale.

Il a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles nous accordons à vos salariés et à leurs ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, permettant de compléter la couverture Vitali Essentiel Base et Vitali Essentiel surcomplémentaire.

Le contrat n'est pas responsable par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Il est précisé toutefois que votre contrat répond aux critères qualifiant les contrats de « solidaires ».

Malakoff Humanis Prévoyance est 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 compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation en indiquant la liste de vos ayants droit s'il y a lieu. Vous devez également mentionner dans le même document tout changement de situation familiale (mariage, naissance, pacs...).

Vous devez également compléter et signer un mandat de prélèvement SEPA.

Vous remettez votre bulletin accompagné des pièces nécessaires à votre affiliation à AON.

Fausse déclaration

L'assurance est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle de votre employeur 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.

Déchéance des garanties au sinistre

Vous ou le 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 utilisez ou fournissez 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.

Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?

En fonction de la structure d'affiliation choisie par votre employeur, **vos ayants droit à charge au sens du contrat sont :**

- **votre conjoint**, pouvant justifier des revenus inférieurs au seuil permettant d'accéder à la CMU C,

- **vos enfants** à charge au sens du contrat qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :
  - Etre âgés de moins de 26 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,
  - Poursuivant des études, suivant une formation en alternance ou se trouvant en contrat d'apprentissage et ne percevant pas des revenus supérieurs à 100 % du SMIC,
  - 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,

- **toute autre personne** (hors conjoint, concubin, partenaire pacsé) vivant avec vous plus de douze mois consécutifs, à charge au sens fiscal,

- **vos enfants** sans condition d'âge s'ils sont handicapés et que ce handicap justifie le droit au bénéfice de l'une des prestations prévues par les articles L541-1 et L821-1 du Code de la Sécurité sociale, ayant des ressources permanentes brutes inférieures à 100 % du SMIC,

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

Par ailleurs, dans la mesure où ils remplissent les conditions ci- dessus, vos enfants recueillis et ceux de votre conjoint sont également considérés comme enfants à charge.

L'Extension - Possibilité d'extension à L'Option

La souscription à cette Extension permet à votre conjoint et à vos enfants non à charge au sens du contrat de bénéficier de L'Option.

Sont concernés :

- votre conjoint à l'exception du conjoint défini comme ayant droit à charge au sens du contrat,
- vos enfants de moins de 26 ans non à charge au sens du contrat,
- vos enfants de moins de 30 ans primo demandeurs d'emploi,
- vos enfants étudiants de plus de 26 ans et de moins de 30 ans.

Structure d'affiliation

Votre structure d'affiliation est adulte/enfant.

Les bénéficiaires de L'Option seront obligatoirement les mêmes que ceux de Vitali Essentiel.

Les cotisations, y compris les taxes éventuelles, sont payables par prélèvement bancaire mensuel ou par virement.

En cas d'affiliation en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues à compter de la date d'entrée dans le régime.

En cas de radiation en cours de mois, les cotisations sont calculées au prorata du nombre de jours de présence dans le dernier mois d'assurance.

Vous êtes le seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, vous remettez un relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement de la cotisation.
A défaut de paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure de paiement chiffrée vous est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si à l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de la date d'envoi de la mise en demeure, aucun paiement n'est intervenu, l'affiliation sera résiliée de plein droit et cette résiliation entraîne la déchéance de tous les droits sans nouvel avis de notre part.
Nous procédons à votre radiation et nous nous réservons le droit de réclamer les prestations indûment payées par toutes les voies de droit.

Votre radiation pour défaut de paiement entraîne celle des membres de sa famille.
Cette radiation est définitive.

Quand bénéficiez-vous des garanties ?

Quand prennent effet vos garanties ?

Les garanties prennent effet :

Pour vous

- à la date d'admission dans le contrat Vitali Essentiel, sous réserve que le bulletin individuel d'affiliation nous parvienne dans les deux mois qui suivent cette date,
- 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...) sous réserve que le bulletin individuel d'affiliation nous parvienne dans les deux mois de l'événement,
- dans tous les autres cas, au 1er janvier de chaque période triennale sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne au plus tard le 31 octobre de l'exercice précédent.

Pour vos ayants droit

- à la même date que vos garanties, si à cette date il remplit les conditions pour être ayant droit,
- 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 deux mois qui suivent la date de radiation,
- 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...) sous réserve que le bulletin individuel d'affiliation nous parvienne dans les deux mois de l'événement.

Dans tous les autres cas, au 1er janvier de chaque période triennale sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne au plus tard le 31 octobre de l'exercice précédent.

Pour vos ayants droit visés par l'Extension

- à la même date que vos garanties, si à cette date il remplit les conditions pour être ayant droit,
- au jour de l'événement qui y donne naissance en cas d'affiliation postérieure à celle de l'assuré. La demande d'affiliation devra être adressée dans les deux mois suivants ledit événement.

Si l'option est choisie par l'assuré, elle s'applique obligatoirement à l'ensemble des bénéficiaires affiliés à Vitali Essentiel et à l'Extension.

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 1er juin 2023.**

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

Lorsque la gestion du contrat est déléguée les modalités de contacts peuvent être différentes.

Faculté de renonciation

Vous pouvez renoncer à l'affiliation au contrat 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 entraine le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente jours suivant la date de réception de la demande par l'organisme assureur. 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. »

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 leurs 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.

Toute nouvelle demande d'affiliation sera fermée pour la partie des trois ans restant à courir ainsi que pour la période triennale suivante.
Vous n'êtes redevable que de la partie de cotisation correspondante à la période pendant laquelle le risque est couvert. Cette période est calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation.
Si une fraction de cotisation s'avère avoir été payée d'avance, celle-ci est alors remboursée.

Quand cessent vos garanties ?

Pour vous

Les garanties cessent :
- à la date d'effet de la résiliation du contrat souscrit par votre employeur,
- à la date à laquelle vous avez dénoncé votre affiliation dans les conditions exposées au paragraphe « dénonciation volontaire de votre part », (dans ce cas, toute nouvelle demande d'affiliation sera fermée pour la partie des trois ans restant à courir pour la période triennale en cours ainsi que pour la période triennale suivante),
- au dernier jour du mois au cours duquel intervient la suspension de votre contrat de travail, sauf dispositions du paragraphe intitulé « Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ? »,
- au dernier jour du mois au cours duquel vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la portabilité,
- à la date à laquelle vous cessez de remplir les conditions vous permettant de bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité, dans la limite fixée par celle-ci,
- en cas de non-paiement de la cotisation frais de santé, dans les conditions prévues par les dispositions légales applicables en la matière,
- à la date d'effet de votre retraite de la Sécurité sociale à l'exception des cas de cumul de ladite pension de retraite avec une activité salariée, notamment en cas de cumul-emploi retraite ou de retraite progressive,
- au dernier jour du mois au cours duquel intervient la mutation dans une société du Groupe STELLANTIS non concernée par Vitali Santé,
- et en cas de décès.

En l'absence de déclaration de votre radiation par votre employeur, AON pourra 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.

L'assuré et les membres de sa famille qui ont demandé leur radiation, ne pourront plus bénéficier de la garantie du contrat. Cette radiation est définitive pour la période triennale en cours.

Pour vos ayants droit visés par l'Extension

Les garanties cessent :
- à la même date que les vôtres,
- à la date à laquelle l'ayant droit visé par l'Extension ne répond plus aux conditions prévues pour être définis comme ayant droit.

Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ?

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer si votre contrat de travail est suspendu, et si vous êtes :

- bénéficiaire d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'un revenu de remplacement (activité partielle, reclassement, mobilité ...) de la part de votre employeur,
- en arrêt de travail, indemnisé à ce titre par le régime complémentaire de prévoyance que votre employeur finance au moins pour partie.
- si votre contrat de travail est suspendu pendant moins d'un mois civil.

et plus généralement si vous bénéficiez d'un maintien de garanties prévu expressément par la réglementation ou la législation en vigueur (par exemple en cas de suspension du contrat de travail pour non-respect de l'obligation vaccinale prévue pour certains salariés par l'article 12 de la loi n° 2021-1040 du 5 aout 2021).

Tant que vous remplissez les conditions ci-avant, les garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations dans les mêmes conditions que lorsque vous étiez en activité.

Les évolutions de garanties sont applicables durant ce maintien.

Suspension du contrat de travail en période de réserves militaires ou policières

Les garanties continuent à s'appliquer si votre contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière moyennant le paiement des cotisations dans les mêmes conditions que lorsque vous étiez en activité.

Suspension du contrat de travail non rémunéré

Pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, les garanties sont maintenues pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, dès lors que le paiement de la cotisation a été effectué pour le mois en cours. De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Par ailleurs, au-delà de cette période, vous pouvez continuer à bénéficier des garanties lorsque votre contrat de travail est suspendu, sans maintien de rémunération notamment pour :

- congé parental d'éducation,
- congé de formation,
- congé de présence parentale,
- congé de solidarité familiale,
- congé sabbatique,
- création d'entreprise,

et tout autre congé considéré par la législation en vigueur comme un cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation, telle que décrite ci-dessus.

Votre employeur doit nous informer de la suspension du contrat de travail au moins trente jours avant sa date d'effet.

Par ailleurs, vous devez demander à l'organisme assureur le maintien des garanties du contrat, moyennant le paiement des cotisations (part salariale et part patronale) à votre charge exclusive.

En dehors des cas visés ci-dessus, les garanties ne sont pas maintenues. Elles sont suspendues dès le premier jour de la suspension du contrat de travail.

Quand pouvez-vous bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ?

En cas de cessation de votre contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, en dehors du cas de licenciement pour faute lourde, vous et vos ayants droit déclarés bénéficiez, à titre gratuit, du maintien de vos garanties.

Vous et vos ayants droit devez être couverts au titre du contrat, souscrit par votre employeur, au moment de la cessation de votre contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail.
La durée du maintien des garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée de votre dernier contrat de travail ou de la durée totale de vos contrats successifs chez un même employeur, appréciée en mois et arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage,
- la date d'effet de votre retraite Sécurité sociale,
- l'issue de la durée de maintien à laquelle vous avez droit, et ce dans la limite de douze mois,
- la date d'effet de la résiliation du contrat.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties vous sont appliquées ainsi qu'à vos ayants droit.

Vous êtes tenu de nous remettre les éléments suivants :

- la demande nominative de maintien des garanties,
- le justificatif de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- l'information relative à toute modification de votre situation entraînant la cessation du maintien des garanties ou toute modification de votre situation ou de celles de vos ayants droit.

Ces éléments nous permettront de déterminer les dates de début et de fin de la période de maintien.

En tant qu'ancien salarié, vous et vos ayants droit couverts à la date d'effet du contrat, par un autre organisme assureur, au titre de la portabilité, bénéficiez du maintien des garanties si vous continuez à remplir les conditions énoncées ci-dessus.

Maintien individuel de vos garanties

Vous pouvez adhérer au contrat maintien de garanties mis en place par votre employeur ou souscrire un contrat individuel sans formalités médicales et sans période probatoire, si lors de votre radiation des effectifs de l'entreprise, vous bénéficiez de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, d'un revenu de remplacement à la suite d'un licenciement.

Vous devez en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail. L'adhésion prendra effet le lendemain de la demande.

Dans le cas particulier la portabilité, le point de départ du délai de six mois est reporté à la date à laquelle le bénéfice du maintien des garanties prend fin.

Par ailleurs, si votre contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération (cas des congés sans solde), vous pouvez demander à bénéficier du contrat maintien de garanties ou souscrire un contrat individuel tel que précisé ci-dessus.

Par ailleurs, au cas où vous viendriez à décéder, les personnes de votre famille précédemment garanties peuvent souscrire un contrat individuel sans formalités médicales et sans période probatoire s'ils en font la demande dans les six mois qui suivent votre décès. De même, en cas de résiliation du contrat par le souscripteur ou l'assureur, vous pouvez souscrire un contrat individuel sans formalités médicales et sans période probatoire si vous en faites la demande dans les deux mois suivant la date d'effet de la résiliation.
La tarification des nouvelles adhésions relevant de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 s'effectue depuis le 1er juillet 2017 selon un échelonnement prévu par ce texte et ses décrets d'application.

Les prestations

Quelles sont les prestations ?

Le contrat prend en charge, dans la limite du niveau des garanties, le remboursement :

- des frais restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale,
- des dépenses de soins médicalement prescrites à caractère thérapeutique non prises en charge par la Sécurité sociale (ex. implants dentaires),
- des dépenses de soins prises en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus au tableau des garanties,
- des dépenses de prévention mentionnées au tableau des garanties.

Les actes ne figurant pas à la Nomenclature Sécurité sociale sont exclus des garanties.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale, le niveau des remboursements complémentaires est établi en fonction :

- de la codification des actes médicaux,
- du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base du remboursement de la Sécurité sociale ou ticket modérateur),
- de la législation en vigueur à la date des soins.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de remboursement de cet organisme ou celui qui vous est facturé, en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.
Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie, la date des soins retenue est celle prise en compte par la Sécurité sociale, ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

Pour pouvoir être prises en compte, les demandes de remboursements doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Le contrat souscrit est :
▪ « non-responsable » et en conséquence n'est pas tenu de respecter les obligations prévues aux articles L. 871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

et
▪ « solidaire » puisque les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Sauf spécificité dans les conditions particulières, si le contrat comporte des garanties optique, dentaire ou aide auditive, les définitions suivantes s'appliquent :

1. Optique

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.
Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :
▪ L'équipement optique de « classe A » : équipement qui respecte intégralement les prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100% santé ».
▪ L'équipement optique de « classe B » : équipement dont le tarif est librement fixé par l'opticien.

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 limites de remboursement seront appliquées en fonction du contrat.
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'organisme assureur, depuis le 1er janvier 2018.
L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement de manière anticipée s'apprécie soit sur présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit en fonction de l'adaptation de la prescription médicale faite par l'opticien.
Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage.

2. Dentaire

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur en deux temps : depuis le 1er janvier 2020 pour une partie des actes du panier « 100% santé », puis au 1er 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 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 des 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 depuis 1er janvier 2021.
Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :
▪ L'équipement auditif de « classe I » : cet équipement est remboursé 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.
▪ La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre (4) 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'organisme assureur, depuis le 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Quelles sont les 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 telles que définies au paragraphe intitulé « Quelles sont les prestations ? ».

Votre 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 la charge de l'assuré 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),**
- les actes spécifiquement mentionnés au contrat,
- la part des remboursements prévue par le contrat Vitali Base et Vitali Surcomplémentaire..

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

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 sites autorisés est disponible sur le site de l'Ordre National des Pharmaciens (www.ordre.pharmacien.fr).

Forfaits couvrant les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale

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.

Sevrage Tabagique

Ce forfait annuel permet de couvrir les dépenses liées aux traitements par substituts nicotiniques (patch, gomme, pastille, inhalateur…), en complément de celui prévu par la Sécurité sociale. Sont couverts, les substituts nicotiniques 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 nicotiniques.

Ostéopathie

Ce forfait permet de couvrir les consultations liées à des actes d'ostéopathie 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.

Le réseau optique

L'organisme assureur a conclu un accord auprès d'opticiens constituant un réseau optique pouvant permettre aux salariés de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses sont engagées au sein de ce réseau.
La géolocalisation des opticiens appartenant au réseau optique de l'organisme assureur est disponible sur le site internet www.malakoffhumanis.com et sur l'espace santé d'AON aon.fr/sante.

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'entrainant pas d'hospitalisation.
A compter du 1er 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.

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.

Encadrement de l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale

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.

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.

Tiers payant

La carte de tiers payant et sa version dématérialisée

AON adresse 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,
- les coordonnées de AON.

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 a été enregistrée (exemple : Pharmacien).

Si des versements sont effectués à tort par AON 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 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 toute demande concernant les prestations au titre des garanties, avant ou après le paiement des prestations.

Nous pouvons avoir recours à une expertise médicale effectuée par un médecin expert de notre choix, dont les honoraires sont à notre charge. Si vous refusez de vous soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à une prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, vous devrez adresser à notre médecin-conseil ou dentiste consultant, dans les trente jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés ainsi que le nom du médecin chargé de vous représenter dans une entrevue amiable avec le médecin expert que nous aurons désigné pour nous représenter.

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 pourrons ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

Reprise des indus

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

Les généralités du contrat

Pièces justificatives

Pièces 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 AON.

Toute somme versée à tort sera réclamée par AON.

Par ailleurs, AON 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, AON 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, AON procèdera 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 AON 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 AON
Traitement par Noémie	
Hospitalisation	• 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	• Facture acquittée et détaillée mentionnant l'ensemble des dépenses y compris les frais de transport et d'hébergement
Optique	• 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 • Le cas échéant, bilan visuel réalisé préalablement au renouvellement de la prescription par un médecin ophtalmologiste
Dentaire	• Devis détaillé et accepté par l'assuré • Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Aide auditive	• 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	• Photocopie du livret de famille ou acte de naissance
Adoption	• 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	• 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	• Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état[1] dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de **SIRET, ADELI** ou **RPPS** [3].
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale[2]	• Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée et précisant le nom du produit

[1]**Les 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.

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

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

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 avis 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.

Mobilités des assurés à l'étranger

Les garanties vous sont acquises :
- si vous résidez en France et exercez votre activité sur le territoire français.
- si vous résidez en France et exercez votre activité professionnelle à l'étranger dans le cadre d'un déplacement professionnel de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement (sauf dans les pays formellement déconseillés par le ministère des Affaires étrangères),
- si vous résidez à l'étranger et exercez votre activité professionnelle sur le territoire français.

Dans tous les cas, ces garanties s'exercent également à votre bénéfice si vous êtes en déplacement de moins de trois mois en dehors du territoire français (sauf dans les pays formellement déconseillés par le ministère des Affaires étrangères).

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale.
A défaut, nous reconstituons la base de remboursement Sécurité sociale et le remboursement de l'acte tel qu'il aurait été réalisé par la Sécurité sociale.
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.

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.

Subrogation

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

Vous êtes tenu de 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, le souscripteur, l'assuré et les ayants droits peuvent contacter leur conseiller ou contact habituel.
La réclamation peut également être adressée comme suit :

- pour le souscripteur : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance – 78288 Guyancourt Cedex,
- pour les assurés et les bénéficiaires : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou 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'assureur ou l'organisme gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le souscripteur, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent, s'adresser au médiateur de la Protection Sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP), à l'adresse suivante :
M. le médiateur de la protection sociale CTIP, 10 rue Cambacérès, 75008 Paris ou par voie électronique : https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/ dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

Juridiction compétente

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal français compétent.

Protection des données à caractère personnel

Conformément à la règlementation 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 Malakoff Humanis Prévoyance, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Vos données à caractère personnel et celles 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 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, règlementaires 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).

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 règlementation 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 les 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.

Tableau de garanties

Ces remboursements interviennent en complément des prestations servies par la Sécurité sociale sauf indication contraire figurant au tableau ci-après, sous déduction des remboursements des contrats Vitali Essentiel Base et Vitali Essentiel Surcomplémentaire et dans la limite des frais engagés.

		OPTION	
		Régime non-responsable facultatif Les remboursements interviennent en complément du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés et sous déduction du régime de base et de la surcomplémentaire	
La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée à minima aux obligations légales		REGIME GENERAL	REGIME ALSACE MOSELLE
HOSPITALISATION (1)	**Frais de séjour**		
	En établissement conventionné	400% BRSS (TM minimum)	400% BRSS (TM minimum)
	En établissement non conventionné (2)	400% BRSS (TM minimum)	400% BRSS (TM minimum)
	Honoraires		
	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	400% BRSS	400% BRSS
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	400% BRSS	400% BRSS
	Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	100% DE	100% DE
	Forfait patient urgence (4)	100% DE	100% DE
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris soins courants)	100% de la participation forfaitaire	100% de la participation forfaitaire
	Chambre particulière (5) Non remboursée par la Sécurité sociale		
	Par nuitée	5,0% PMSS	5,0% PMSS
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	5,0% PMSS	5,0% PMSS
	Frais d'accompagnant (lit, transport, repas) non remboursé par la Sécurité sociale sur présentation d'une facture (5)		
	Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 17 ans et ≥ à 70 ans - par nuitée	2,5% PMSS	2,5% PMSS

MATERNITE	**Frais de séjour**			
		En établissement conventionné	400% BRSS	400% BRSS
		En établissement non conventionné (2)	400% BRSS	400% BRSS
	Honoraires			
		Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* - Césarienne	400% BRSS	400% BRSS
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* - Césarienne	400% BRSS	400% BRSS
		Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* - Péridurale	100% BRSS	100% BRSS
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* - Péridurale	100% BRSS	100% BRSS
	Chambre particulière Non remboursée par la Sécurité sociale			
		Par nuitée - 5 jours maximum	3,5% PMSS	3,5% PMSS
	Forfait maternité ou adoption plénière (prime de naissance)	Par enfant	150 €	150 €

DENTAIRE auprès d' un professionnel	**Soins et prothèses 100 % Santé****		sans reste à payer (13)	sans reste à payer (13)
	Soins et prothèses autres que 100% Santé			
		Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire	210% BRSS	180% BRSS
		Inlay-onlay	210% BRSS	180% BRSS
		Scellement prophylactique des sillons - enfant de moins de 14 ans (1 fois par dent - 1ère et 2ème molaires permanentes)	210% BRSS	180% BRSS
		Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	210% BRSS	180% BRSS
		Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	300,00 €	300,00 €
		Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y.c. couronnes transitoires)	360% BRSS	330% BRSS
		Supplément inter de bridge remboursé par la Sécurité sociale - par acte	150,50 €	150,50 €
		Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (couronnes et piliers de bridges sur dents saines) - par acte, par an et par bénéficiaire	Inlay core : 429,00€ Couronne et Pilier : 377,00€	Inlay core : 429,00€ Couronne et Pilier : 377,00€
	Implantologie			
		Phase chirurgicale - par implant, par an et par bénéficiaire	33,0% PMSS	33,0% PMSS
		Pose pilier et couronne sur implant - par implant, par an et par bénéficiaire	16,5% PMSS	16,5% PMSS
	Orthodontie (7)			
		Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	400% BRSS	400% BRSS
		Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire - jusqu'à 18 ans	400% BRR	400% BRR
	Plafond global dentaire (8)	Par an et par bénéficiaire - Prothèses dentaires et implants	2 500,00 €	2 500,00 €

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) (9)**	Y compris facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien	sans reste à payer (14)	sans reste à payer (14)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B) (9)	**Y compris le remboursement de la sécurité sociale**		
	Dans le réseau KALIXIA (10)	**Par Bénéficiaire**		
	Tarifs négociés et reste à charge minoré	par verre simple	100% DE	100% DE
		par verre complexe	100% DE	100% DE
		par verre très complexe	100% DE	100% DE
		par monture de lunettes adulte	185 €	185 €
		par monture de lunettes enfant	140 €	140 €
		Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100% TM	100% TM
	Hors réseau KALIXIA (10)	**Par Bénéficiaire**		
		par verre simple	150 €	150 €
		par verre complexe	300 €	300 €
		par verre très complexe	350 €	350 €
		par monture de lunettes adulte	185 €	185 €
		par monture de lunettes enfant	140 €	140 €
		Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100% TM	100% TM
	Lentilles			
		Lentille prescrite, y compris jetable, remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (11)	26% PMSS / paire	26% PMSS / paire
		Lentille prescrite, y compris jetable, non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (11)	26% PMSS / paire (jetables : 26% PMSS / an / bénéficiaire)	26% PMSS / paire (jetables : 26% PMSS / an / bénéficiaire)
	Chirurgie optique réfractive	Par œil et par bénéficiaire	26% PMSS	26% PMSS

AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille, renouvellement tous les 4 ans	**Équipement 100 % Santé** (classe I***)**		(sans reste à payer) (14)	(sans reste à payer) (14)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe II*)**	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	600% BRSS	
		Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par bénéficiaire		570% BRSS
		Appareil auditif non-remboursé par la Sécurité sociale - par bénéficiaire		600% BRSS
	Accessoires et fournitures		100% TM	100% TM

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*	200% BRSS	180% BRSS
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	200% BRSS	180% BRSS
	Chez un spécialiste	**Adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	250% BRSS	230% BRSS
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	250% BRSS	230% BRSS
	Chez un professeur	**Adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	250% BRSS	230% BRSS
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	250% BRSS	230% BRSS
	Actes techniques médicaux	**Adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BRSS	180% BRSS
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	200% BRSS	180% BRSS
	Actes d'imagerie médicale	**Adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BRSS	180% BRSS
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BRSS	180% BRSS
	Honoraires paramédicaux		200% BRSS	170% BRSS
	Analyses et examens de laboratoire		200% BRSS	170% BRSS
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	400% BRSS	370% BRSS
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (12)	100% TM	100% TM
	Cures thermales Remboursées ou non par la Sécurité sociale - sur présentation des factures acquittées et limité aux frais engagés			
		Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	17% PMSS	17% PMSS
	Médicaments			
		Médicaments remboursés à 65% (16)	100% TM	100% TM
		Médicaments remboursés à 30% (16)	100% TM	100% TM
		Médicaments remboursés à 15% (16)	100% TM	100% TM
		Sevrage tabagique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100 €	100 €
	Médecine additionnelle et de prévention Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la sécurité sociale			
		Médecine additionnelle non remboursée par la Sécurité Sociale (Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture, Psychomotricité, Étiopathie, Sevrage tabagique) - montant par séance	60€ (4 séances maximum)	60€ (4 séances maximum)
		Ostéodensitométrie bénéficiaire dont l'âge est >= 50 ans, max 75 euros - par an	200% BRSS	180% BRSS

	Actes de prévention	Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (15)	100% TM	100% TM

BRSS = 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 : 3 864 €).
*** 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 **annuairesante.ameli.f**r 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 maximums fixés.
*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B.
**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.
(2) En établissement non conventionné, prise en charge minimale au ticket modérateur.
(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) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation
(5) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre en ambulatoire correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
(6) Les prestations dans le réseau KALIXIA et hors réseau ne sont pas cumulatives.
(7) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
(8) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur de 165 % BR pour le Régime Général et de 155 % BR pour le Régime Local est assurée
(9) **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 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.
(10) Les prestations dans le réseau KALIXIA et hors réseau ne sont pas cumulatives. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima au ticket modérateur.
(11) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.
(12) 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.
(13) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation.
(14) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.
(15) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr)
(16) Prestations soumises aux tarifs opposables (tarifs sans dépassements d'honoraires). En cas d'exigence particulière du patient soumise à dépassement éventuel, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.

Lexique

Actes techniques médicaux

Participation forfaitaire, prévue à l'article L.160-13-II du Code de la sécurité sociale, à votre charge pour certains actes ou consultations pris en charge par l'assurance maladie et réalisés par un médecin en ville ou dans un établissement de santé (à l'exclusion notamment des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale.

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.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signée par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maitrise 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.

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

Il s'agit de la somme journalière à votre charge et dont le montant est fixé par arrêté.

Majoration de participation financière

Si vous n'avez pas de médecin traitant, ou si vous consultez directement un médecin sans prescription de votre médecin traitant (sauf en cas d'urgence ou de consultation en dehors du lieu de votre résidence habituelle) ou dans certains cas si vous refusez l'accès à votre dossier médical personnel, conformément aux dispositions des articles 3 et 7 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, une majoration du ticket modérateur sera effectuée.

Ostéopathie

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

Régime obligatoire

Le régime de Sécurité sociale français auquel vous êtes affilié.

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)

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion de la contribution forfaitaire et de la majoration de participation financière maintenues à votre charge.

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.

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'entrainant pas d'hospitalisation.
A compter du 1er 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.

malakoff humanis