

Garantie Frais de santé

PACK SANTÉ PARTICULIERS

RÈGLEMENT MUTUALISTE N° 13150/1

« Assuré par la Mutuelle Malakoff Humanis »

SOMMAIRE

PARTIE 1 - DISPOSITIONS COMMUNES	3
LEXIQUE	3
TITRE I LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DU REGLEMENT	6
1.1. Objet du règlement	6
1.2. Nature du règlement	6
1.3. Obligations d'information	6
1.4 Révision du règlement	7
TITRE II LES DISPOSITIONS RELATIVES À L'ADHÉSION AU RÈGLEMENT	8
2.1. Conditions et formalités d'adhésion	8
2.2. Prise d'effet de l'adhésion	9
2.3. Adhésion à distance	9
2.4. Renonciation à l'adhésion	9
2.5. Cessation de l'adhésion	10
2.6. Dénonciation de l'adhésion par le membre participant	10
TITRE III LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	11
3.1. Objet de la Garantie frais de santé	11
3.2. Prise d'effet et cessation de la Garantie frais de santé	11
3.3 Les prestations	11
3.4. Territorialité de la couverture - Soins à l'étranger	12
3.5 Ne sont pas pris en charge par l'organisme assureur :	12
3.6 Limitation de la prise en charge des chambres particulières	13
3.7 Règlement des prestations	13
TITRE IV LES COTISATIONS	14
4.1. Montant et structure des cotisations	14
4.2. Modalités de paiement	14
4.3. Evolution de la cotisation	15
4.4. Défaut de paiement	15
TITRE V RÉFÉRENCES LÉGALES	15
5.1. Fausse déclaration	15
5.2. Déchéance	15
5.3. Prescription	16
5.4. Subrogation	16
5.5 Réclamation - Médiation	16
5.6. Juridiction compétente	16
5.7. Protection des données à caractère personnel	16
5.8. Autorité de contrôle	16
5.9. Loi applicable	18
5.10. Langue applicable	18
5.11. Fonds de garantie	18
TITRE VI PIÈCES JUSTIFICATIVES	19
6.1. Pièces nécessaires à l'adhésion	19
6.2. Pièces nécessaires au paiement des prestations	19
PARTIE 2 - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES LORSQUE LES GARANTIES SANTÉ SONT RESPONSABLES	20
PARTIE 3 - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES LORSQUE LES GARANTIES SANTÉ SONT NON RESPONSABLES	24
PARTIE 4 - LES SERVICES	26

PARTIE 1 – DISPOSITIONS COMMUNES

LEXIQUE

Dans le présent contrat, les termes suivants sont utilisés :

L'organisme assureur	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 – Mutuelle membre du groupe Malakoff Humanis. Le présent règlement est régi par le Code de la mutualité.
Le membre participant	La personne physique qui adhère au présent règlement, sur la tête de laquelle repose le risque assuré, et répondant aux conditions d'adhésion définies à l'article 2.1.1 « Personnes assurables ».
Les ayants droit	Le conjoint : <ul style="list-style-type: none">- l'époux ou l'épouse du membre participant, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),- ou à défaut, le 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 le membre participant au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve que le membre participant et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS). Les enfants à charge : <p>sont les enfants du membre participant ou ceux de son conjoint au sens du présent règlement qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- être âgés de moins de 21 ans,- bénéficiaire d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation du membre participant ou de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle,- être fiscalement à la charge du membre participant, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial, ou percevoir une pension alimentaire que le membre participant déduit fiscalement de son revenu global. <p>Cette limite d'âge est portée à 28 ans pour les enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- 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 65 % du SMIC,- s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage,- s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré. <p>La limite d'âge est supprimée pour les enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge prévue ci-dessus (21 ou 28 ans sous conditions).</p>
Les bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none">- Le membre participant- Sous réserve des dispositions mentionnées à l'article 3.2.1. « Prise d'effet de la Garantie frais de santé », le conjoint et les enfants à charge tels que définis ci-avant.
Contrat responsable	Contrat répondant à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.
Contrat non responsable	Contrat qui 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.
Accident	Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure au membre participant.

Actes	<p>Les actes pris en considération sont ceux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement, - non référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures mais expressément prévus au bulletin d'adhésion qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET ou ADELI.
Base de remboursement de la Sécurité sociale	Le tarif défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.
Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	<p>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).</p> <p>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.</p>
Franchise	La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence. La franchise n'est pas remboursée par l'organisme assureur.
Maladie	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
Maternité	Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité.
Montant remboursé par la Sécurité sociale	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.
Nomenclatures	Codification des actes et des médicaments donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale.
Parcours de soins	<p>Passage par un médecin traitant choisi par le membre participant avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue, stomatologue ainsi que psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 à moins de 26 ans).</p> <p>Le non-respect du parcours de soins engendre la majoration du ticket modérateur qui ne sera pas pris en charge par l'organisme assureur.</p>
Participations forfaitaires	<p>1. Participation forfaitaire : Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale à la charge des bénéficiaires qui concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques. Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'organisme assureur.</p> <p>2. Participation forfaitaire « actes lourds » : Ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'Etat et dont le coefficient est égal ou supérieur à 60. Cette participation forfaitaire est remboursée par l'organisme assureur.</p>
Plafond annuel de la Sécurité sociale	<p>Salaire de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Sa valeur annuelle peut servir au calcul de la cotisation due par le membre participant. Certaines prestations sont exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle.</p> <p>Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr</p>
Prestations en nature	Le remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques,...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les bénéficiaires.

Reste à charge	Part des dépenses de santé qui reste à la charge de le membre participant social après le remboursement de la Sécurité sociale. Il est constitué : <ul style="list-style-type: none"> - du ticket modérateur, étant rappelé que la participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'organisme assureur, - de l'éventuel dépassement d'honoraires.
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, sauf en cas de prise en charge totale ou partielle par l'organisme assureur.
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.
Sécurité sociale (Régime obligatoire)	Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires définis au Lexique.
Service médical rendu (S.M.R.)	Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par la Sécurité sociale.
Ticket Modérateur	Participation du membre participant 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.
Calcul de l'âge	L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et, selon le cas, celle de l'adhésion ou de la modification de l'adhésion. Pour la détermination de la cotisation, l'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année civile en cours.
Sinistre	Date de survenance des soins.
Délai de carence	Période au cours de laquelle la Garantie frais de santé ne s'applique pas (ou de manière limitée) bien que le membre participant cotise.
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, association, fondée le 23 mai 2005, représente à travers ses membres tous les opérateurs en assurance maladie complémentaire. Ces derniers échangent et se concertent pour construire des positions communes sur toute question relative à l'assurance maladie et à l'évolution du financement du système de santé. Dans ce cadre, l'UNOCAM a établi un « glossaire » explicatif des termes utilisés par les différents acteurs permettant aux membres participants de mieux comprendre leurs garanties. Ce « glossaire » est consultable sur https://unocam.fr/glossary/

TITRE I LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DU RÈGLEMENT

1.1. Objet du règlement

Le présent règlement a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'organisme assureur accorde aux bénéficiaires le remboursement, **dans la limite des frais réellement engagés**, de tout ou partie des frais de santé occasionnés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Le présent règlement relève des branches d'activité 1 (Accidents) et 2 (Maladie).

L'adhésion se compose, pour chaque membre participant, de trois parties indissociables ayant valeur contractuelle :

- **le présent règlement**, composé des Dispositions générales (Partie 1) et complété des Dispositions spécifiques (Partie 2 ou 3) applicables aux garanties choisies, selon que le contrat est responsable ou non responsable. Ces dispositions définissent les obligations réciproques des parties, les modalités d'entrée en vigueur de la Garantie frais de santé proposée par l'organisme assureur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Le présent règlement est complété d'une annexe relative à la communication des frais de gestion et taux de redistribution,
- **le bulletin d'adhésion** qui comporte notamment :
 - la Garantie frais de santé choisie par le membre participant, la nature et le montant des prestations,
 - la nature de la garantie souscrite par le membre participant,
 - la cotisation correspondante à la Garantie frais de santé choisie par le membre participant,
 - les dérogations éventuelles au présent règlement mutualiste,
- **la confirmation d'adhésion** qui comporte notamment la date d'effet de l'adhésion au règlement.

Toute modification du présent règlement sera notifiée au membre participant.

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

1.2. Nature du règlement

Le règlement souscrit auprès de l'organisme assureur est, selon la Garantie frais de santé choisie par le membre participant et rappelée dans le bulletin d'adhésion :

- soit un règlement respectant le cahier des charges du contrat « responsable » tel que défini au Lexique,
- soit un règlement ne respectant pas le cahier des charges du contrat « responsable » tel que défini au Lexique.

Le règlement souscrit auprès de l'organisme assureur est qualifié de « solidaire » puisque les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du membre participant.

1.3. Obligations d'information

1.3.1. Information des membres participants

L'organisme assureur établit et remet à chaque membre participant un exemplaire du présent règlement mutualiste, de son annexe et du bulletin d'adhésion.

Conformément aux dispositions légales, il est de la responsabilité de l'organisme assureur de porter à la connaissance des membres participants les modifications apportées à leurs droits et obligations.

1.3.2. Information de l'organisme assureur

1. En cas de changement de la situation de famille

La liste des personnes retenues à l'adhésion conformément à l'article 2.1.1 « Personnes assurables » peut être modifiée par le membre participant pour tenir compte de l'évolution de sa situation familiale :

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

Le membre participant devra notifier ce changement à l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent l'événement et lui communiquer les informations administratives correspondantes, afin qu'elles soient prises en compte dans l'adhésion.

Il recevra en retour une notification tenant compte de sa nouvelle situation.

2. En cas de changement de régime obligatoire et/ou d'adresse

Le membre participant doit informer l'organisme assureur de tout changement de régime obligatoire (régime général, régime Alsace-Moselle) et de tout changement de domiciliation dans les 30 jours suivant l'événement et lui communiquer les informations administratives correspondantes afin qu'elles soient prises en compte dans

le cadre de son adhésion.

En cas de changement de régime obligatoire et/ou d'adresse, la cotisation du membre participant peut évoluer en application de l'article 4.1.1 « Assiette et montant ». Dans ce cas, le membre participant recevra une notification mentionnant le nouveau montant de sa cotisation.

1.4 Révision du règlement

Le règlement peut être modifié en cours d'année en cas d'évolution réglementaire ou chaque 1^{er} janvier notamment en cas d'évolution des résultats.

1.4.1. Evolutions réglementaires

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le règlement peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date mentionnée dans la notification adressée au membre participant pour formaliser cette modification.

Jusqu'à cette date, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

En cas de modification des garanties, le membre participant peut refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente jours qui suivent la réception de la notification, en envoyant sa demande de résiliation par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. L'adhésion du membre participant prend alors fin dans les dix jours suivants.

1.4.2. Résultats du règlement

Si une évolution des résultats techniques de l'ensemble des membres participants relevant de la même catégorie tarifaire (régime de Sécurité sociale, classe d'âge, le cas échéant Niveau, Eco ou Option) ou une aggravation du risque vient à entraîner une modification des engagements de l'organisme assureur, celui-ci, sur décision du Conseil d'administration, dans les conditions prévues par le Code de la mutualité et les statuts de la Mutuelle, se réserve la possibilité de modifier le règlement et ses annexes et/ou de réviser les garanties et/ou les cotisations au 1^{er} janvier de chaque année.

Le membre participant est informé de la modification du règlement et/ou de la révision de sa cotisation, par notification.

TITRE II LES DISPOSITIONS RELATIVES À L'ADHÉSION AU RÈGLEMENT

2.1. Conditions et formalités d'adhésion

2.1.1. Conditions d'adhésion

Les personnes assurables au titre du présent règlement sont :

- Le membre participant, personne physique n'ayant pas le statut de travailleur non salarié, **âgée de moins de 80 ans** qui adhère au présent règlement et qui paie les cotisations (sauf en cas de souscription au seul bénéfice de mineurs non émancipés qui ne peuvent être affiliés au contrat collectif à adhésion obligatoire dont bénéficie leur représentant légal, et si ce contrat est assuré par une entité du groupe Malakoff Humanis).
- Les ayants droit mentionnés sur le bulletin d'adhésion complété et signé par le membre participant.

2.1.2. Formalités d'adhésion

Le membre participant doit accomplir les formalités d'adhésion suivantes :

- Choisir la garantie frais de santé applicable dans les conditions mentionnées à l'article 2.1.3.1 ci-après,
- Déclarer ses éventuels ayants droit,
- Compléter et retourner la « proposition de bulletin d'adhésion »,
- Communiquer les pièces demandées par l'organisme assureur et mentionnées au Titre VI « Pièces justificatives ».

Par la signature du bulletin d'adhésion, le nouveau membre participant reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance des statuts de la Mutuelle et du présent règlement.

2.1.3. Choix de la Garantie frais de santé

1. Choix du Niveau, de l'Eco et/ou de l'Option

a. Choix du Niveau

Lors de son adhésion au présent règlement, le membre participant doit choisir l'un des cinq niveaux de garanties proposés par l'organisme assureur :

- le niveau « HOSPI »,
- le niveau « INITIAL »,
- le niveau « INTERMÉDIAIRE »,
- le niveau « ÉTENDU »,

- le niveau « INTÉGRAL ».

Les niveaux de garanties proposés par l'organisme assureur sont dits responsables au sens des articles L.871-1, R.871-1, R.871-2 du Code de la sécurité sociale, à l'exclusion du niveau « HOSPI ».

Ce choix s'applique pour le membre participant et pour l'ensemble de ses ayants droit adhérent au règlement. Il en est de même des éventuels choix Eco et Option choisis par le membre participant et visés aux articles ci-après.

b. Choix de l'Eco

Le membre participant peut également souscrire un ou deux Eco afin de minorer le montant de sa cotisation en diminuant le remboursement de certaines lignes de prestations sur un ou deux grands postes de garanties, parmi ces trois choix :

- ECO « Soins courants » et « Aides auditives »,
- ECO « Optique »,
- ECO « Dentaire ».

Ces ECO ne peuvent être souscrits en complément des niveaux « HOSPI » et « INITIAL ».

c. Choix de l'Option

Afin d'améliorer le remboursement de prestations ciblées, le membre participant peut souscrire l'une des deux options suivantes :

- « Bien-être », permettant le remboursement de prestations dites de bien-être et de prévention pour les bénéficiaires,
- « Confort », permettant le remboursement de prestations à destination des actifs et des familles.

Ces options ne peuvent être souscrites en complément des niveaux « HOSPI » et « INITIAL ».

2. Modalités de changement de la Garantie frais de santé

a. Modification à la baisse :

En cours de vie de l'adhésion, le membre participant peut modifier sa Garantie frais de santé à la baisse :

- en choisissant un Niveau de garanties inférieur (Cf. article 2.1.3.1.a « Choix du Niveau »),
- ou, en choisissant un ou deux Eco (Cf. article 2.1.3.1.b « Choix de l'Eco »),
- ou, le cas échéant, en résiliant l'une des options visées à l'article 2.1.3.1.c « Choix de l'Option ».

Ce changement ne peut être effectué par le membre participant qu'au terme d'un délai de 12 mois minimum suivant l'adhésion au règlement.

Sous réserve d'être adressée dans les 15 premiers jours du mois civil, la modification prend effet le premier jour du mois suivant la demande. Un courrier sera adressé au membre participant pour formaliser ce changement.

La modification de la Garantie frais de santé à la baisse vers le niveau « HOSPI » donnera lieu à l'émission d'un nouveau bulletin d'adhésion par l'organisme assureur.

b. Modification à la hausse ou à la baisse :

Le membre participant peut modifier sa Garantie frais de santé **à tout moment**, à la hausse ou à la baisse, en cas de :

- changement de sa situation familiale :
- mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant à charge,
- décès d'un ayant droit, divorce, séparation de corps (judiciaire ou amiable), dissolution d'un PACS, séparation des concubins,
- changement de sa situation professionnelle : chômage, passage à la retraite.

La modification à la hausse de la Garantie frais de santé prend effet à l'issue d'un délai de carence, dans les conditions prévues à l'alinéa 1 de l'article 3.2.1.1 « Prise d'effet de la Garantie frais de santé ».

La modification à la baisse de la Garantie frais de santé prend effet, au plus tôt, dans les trois jours qui suivent la survenance de l'événement précité.

Un courrier sera adressé au membre participant pour formaliser ce changement et sa date d'effet.

La modification de la Garantie frais de santé à la baisse vers le niveau « HOSPI » ou à la hausse vers le niveau « INITIAL » donnera lieu à l'émission d'un nouveau bulletin d'adhésion par l'organisme assureur.

La souscription des niveaux « HOSPI », « INITIAL », « INTERMÉDIAIRE », « ÉTENDU », « INTÉGRAL » et des options « Bien-être », « Confort » n'est plus possible lorsque le membre participant atteint l'âge de 80 ans.

2.2. Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion du membre participant et, le cas échéant, de ses ayants droit prend effet, au plus tôt, le 3^{ème} jour suivant la date de signature indiquée sur la proposition de bulletin d'adhésion. En tout état de cause, l'adhésion ne prendra effet qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. La date d'effet de l'adhésion au règlement est indiquée sur la confirmation d'adhésion.

L'adhésion du membre participant est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par le membre participant dans les conditions mentionnées aux articles 2.6.1 « À la date d'échéance » et 2.6.2 « À tout moment ».

L'adhésion d'un nouvel ayant droit en cours d'adhésion prend effet, au plus tôt, le 3^{ème} jour suivant la date de signature de la demande faite par le membre participant.

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant en cours d'adhésion, l'adhésion prendra effet au jour de la naissance pour le nouveau-né ou au jour de l'adoption d'un enfant mineur, sous réserve que la demande d'adhésion intervienne dans le mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant au foyer. A défaut, l'adhésion prendra effet, au plus tôt, le 3^{ème} jour suivant la date de signature de la demande faite par le membre participant.

2.3. Adhésion à distance

2.3.1. Informations complémentaires

L'organisme assureur propose également l'adhésion au règlement de façon dématérialisée. A cet effet, le membre participant devra disposer d'une adresse de courrier électronique et d'un numéro de téléphone mobile personnel, portés à la connaissance de l'organisme assureur.

Des moyens de sécurité sont mis en place pour garantir la confidentialité des données (cryptage, conditions d'accès sécurisées). Pour vérifier que ces moyens sont opérationnels, la mention « https » apparaît dans la barre d'adresse du navigateur ainsi qu'un cadenas en icône.

Après avoir recueilli les exigences et les besoins formulés par le membre participant, l'organisme assureur envoie notamment à ce dernier, par courrier électronique, la proposition de bulletin d'adhésion et le présent règlement.

Une phase d'adhésion dématérialisée est alors proposée au membre participant. Dans ce cadre et afin de lui permettre de signer électroniquement les documents relatifs à son contrat, le membre participant devra télécharger sa carte nationale d'identité ou son passeport en cours de validité.

A l'issue de cette phase, le bulletin d'adhésion et le mandat SEPA sont signés électroniquement. La signature électronique du membre participant emporte acceptation de sa part de l'ensemble des caractéristiques de l'adhésion et autorise l'organisme assureur à prélever les cotisations directement sur son compte bancaire lorsque ce mode de paiement est retenu par le membre participant conformément à l'article 4.2 « Modalités de paiement » du présent règlement.

Le bulletin d'adhésion signé ainsi que le présent règlement sont envoyés au membre participant par courrier électronique.

L'adhésion prendra effet conformément aux modalités définies à l'article 2.2 « Prise d'effet de l'adhésion » du présent règlement et sera notifiée par l'envoi de la confirmation d'adhésion à l'adresse postale du membre participant.

L'adhésion est archivée dans des conditions de nature à garantir sa sécurité et son intégrité dans le temps.

2.3.2. Coût lié à l'utilisation de la technique de communication à distance

L'adhésion au règlement par le biais d'une ou de plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le membre participant, dont le coût est supporté par ses soins.

2.4. Renonciation à l'adhésion

Le membre participant a la faculté de renoncer à son adhésion au présent règlement par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception, pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente jours suivant la date de réception par l'organisme assureur de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. Toutefois, si des prestations ont été versées, le membre participant devra les restituer intégralement, préalablement à la restitution de la cotisation.

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

« Je soussigné(e) (nom, prénom)....., demeurant (adresse complète)..... déclare renoncer à l'adhésion au règlement (frais de santé) n°....., ayant pris effet le conformément aux dispositions de l'article 2.4. « Renonciation à l'adhésion ».

2.5. Cessation de l'adhésion

L'adhésion au règlement prend fin pour chaque bénéficiaire dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations par le membre participant dans les conditions prévues à l'article 4.4. « Défaut de paiement »,
- à la date de dénonciation de l'adhésion par le membre participant dans les conditions prévues à l'article 2.5 « Dénonciation de l'adhésion par le membre participant »,
- à la date du décès du membre participant. La Mutuelle rembourse, prorata temporis, la partie de cotisation réglée correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès.

2.6. Dénonciation de l'adhésion par le membre participant

2.6.1. À l'échéance annuelle

Le membre participant peut dénoncer son adhésion au présent règlement au moins **deux mois** avant chaque date de renouvellement, soit au plus tard le 31 octobre, dans les conditions prévues par l'article 2.6.5 « Modalités de dénonciation de l'adhésion » du présent règlement.

La dénonciation sera effective au 31 décembre suivant la réception de la notification par l'organisme assureur.

2.6.2. A tout moment

Le membre participant peut, **après expiration d'un délai d'un an**, dénoncer son adhésion au présent règlement, sans frais ni pénalités, dans les conditions prévues par l'article 2.6.5 « Modalités de dénonciation de l'adhésion » du présent règlement.

La dénonciation de l'adhésion prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification du membre participant.

Dans le cas où le membre participant souhaite dénoncer une adhésion conclue pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme assureur, celui-ci peut effectuer, pour le compte du membre participant souhaitant le rejoindre, les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation dans les conditions prévues par le présent règlement. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture du membre participant durant la procédure.

Lorsque l'adhésion est dénoncée dans les conditions prévues au présent règlement, le membre participant n'est redevable que de la part de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation.

2.6.3. En cas d'affiliation à un contrat collectif à adhésion obligatoire

En cas d'affiliation à un contrat collectif à adhésion obligatoire, le membre participant peut demander la dénonciation de son adhésion au présent règlement. dans les conditions prévues par l'article 2.6.5 « Modalités de dénonciation de l'adhésion ».

La dénonciation prend effet un mois après la réception de la demande par l'organisme assureur, sous réserve de la fourniture par le membre participant d'un justificatif d'affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire.

2.6.4. En cas de révision des cotisations

La cotisation peut évoluer en cas de survenance d'un des événements suivants, conformément à l'article 4.1.1 « Assiette et montant » :

- Changement de régime obligatoire (régime général ou régime Alsace-Moselle),
- Déménagement dans un autre département (résidence principale uniquement).

Dans ce cas, le membre participant peut dénoncer son adhésion au règlement en adressant sa demande à l'organisme assureur dans les conditions prévues par l'article 2.6.5 « Modalités de dénonciation de l'adhésion » du présent règlement.

La dénonciation prendra effet un mois après la réception de la demande par l'organisme assureur.

2.6.5. Modalités de dénonciation de l'adhésion

Lorsque le membre participant a le droit de dénoncer son adhésion au règlement, la notification de la dénonciation peut être effectuée, au choix du membre participant :

- soit par lettre ou tout autre support durable,

- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur,
- soit par acte extrajudiciaire,
- soit par le même mode de communication à distance utilisé au cours de l'adhésion au règlement.

L'organisme assureur confirme par écrit la réception de la notification.

TITRE III LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

3.1. Objet de la Garantie frais de santé

La Garantie frais de santé a pour objet le remboursement, **dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires définis au lexique**, de tout ou partie des dépenses occasionnées par suite de maladie, de maternité ou d'accident et **ayant donné lieu au versement de prestations en nature par la Sécurité sociale**.

L'organisme assureur peut également rembourser des actes non remboursés par la Sécurité sociale s'ils sont expressément prévus au tableau des garanties.

La Garantie frais de santé choisie par le membre participant et le montant des prestations figurent au bulletin d'adhésion. Les prestations sont versées selon les modalités fixées à l'article 3.7. « Règlement des prestations ».

3.2. Prise d'effet et cessation de la Garantie frais de santé

3.2.1. Prise d'effet de la Garantie frais de santé

1. Pour membres participants

La Garantie frais de santé visée à l'article 2.1.3 prend effet à l'issue d'un délai de carence de 3 mois à compter de la date d'adhésion au règlement. S'agissant des garanties « Hospitalisation » prévues par le règlement, le délai de carence est porté à 9 mois pour la maternité.

Par dérogation, le délai de carence ne s'applique pas :

- **pour les actes et soins pris en charge consécutivement à un accident justifié par le membre participant,**
- **lorsque le membre participant a bénéficié, au cours des 3 mois précédant son adhésion :**
 - **d'une garantie santé souscrite auprès d'une entité du groupe Malakoff Humanis,**
 - **d'une garantie d'un niveau équivalent ou supérieur souscrit auprès d'un autre organisme assureur. Dans ce cas, le membre participant doit fournir, lors de son adhésion au présent règlement, un certificat de radiation de son ancien contrat ainsi que le détail des prestations dont il bénéficiait.**

2. Pour les ayants droit

La Garantie frais de santé prend effet pour les ayants droit :

- à la même date que la Garantie frais de santé du membre participant,
- à l'issue d'un délai de carence de 3 mois ou de 9 mois dans les conditions prévues à l'article 3.2.1.1 ci-avant. Par exception, le délai de carence ne concerne pas l'adhésion de nouveau-nés ou d'enfants mineurs adoptés, sous réserve que la demande d'adhésion soit adressée à l'organisme assureur dans le mois qui suit la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

3.2.2. Cessation de la Garantie frais de santé

1. Pour membres participants

La Garantie frais de santé cesse pour chaque membre participant à la date de cessation de son adhésion.

2. Pour les ayants droit

La Garantie frais de santé cesse pour chaque ayant droit :

- à la date à laquelle il ne répond plus aux conditions prévues pour être défini comme ayant droit,
- à la même date que celle du membre participant,
- à la date à laquelle le membre participant ne souhaite plus le faire bénéficier des garanties, sous réserve qu'il en fasse la demande au moins deux mois avant la date de cessation souhaitée. La cessation peut être demandée, au choix du membre participant dans les conditions prévues par l'article 2.6.5 « Modalités de dénonciation de l'adhésion » du présent règlement.

3.3 Les prestations

Le montant des prestations mentionné au bulletin d'adhésion est déterminé acte par acte, et exprimé « remboursement de la Sécurité sociale inclus ».

Les garanties prises en compte par l'organisme assureur pour le calcul de ces remboursements sont celles en vigueur à la date des soins. La date des soins est celle retenue par la Sécurité sociale ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par cet organisme.

Le total des remboursements de l'organisme assureur, de ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, **ne peut excéder le montant des frais engagés.**

Il en est de même pour les prestations exprimées en forfait annuel. Tout forfait n'est ni reportable ni cumulable d'une année sur l'autre.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie et les demandes de prestations doivent être adressées à l'organisme assureur dans un délai de deux ans à compter de la date des soins, en application de l'article 5.3. « Prescription ».

3.4. Territorialité de la couverture – Soins à l'étranger

Les prestations sont servies aux seuls membres participants résidant en France métropolitaine ou dans les départements ou régions d'Outre-Mer (DROM), **à l'exception de La Réunion. Les prestations ne seront pas versées aux personnes résidant à l'étranger.**

Le présent règlement prévoit toutefois le remboursement de certains actes et soins effectués à l'étranger par le membre participant, sous réserve que :

- la résidence principale du membre participant soit située en France métropolitaine ou dans les départements ou régions d'Outre-Mer (DROM), **à l'exception de La Réunion ;**
- les soins effectués à l'étranger aient fait l'objet d'un remboursement préalable de la Sécurité sociale et aient été engagés de manière inopinée et non programmée (soin urgent) en cas de déplacement privé.

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

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

3.5 Ne sont pas pris en charge par l'organisme assureur :

- **les actes référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme, sauf mention au tableau des garanties**
- **les soins effectués antérieurement à la date d'effet de l'adhésion au règlement,**
- **les soins effectués postérieurement à la date de cessation de la Garantie frais de santé des bénéficiaires définis au Lexique,**
- **la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soin prévues par le Code de la sécurité sociale,**
- **les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé,**
- **tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le règlement ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'urgence (SMUR),**
- **tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale,**
- **l'achat de médicament sur internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée),**
- **la cigarette électronique,**
- **la majoration du tarif fixé par la Sécurité sociale pour une visite du médecin au domicile du patient lorsqu'elle répond à une exigence particulière du malade, sans être justifiée par des conditions médico-administratives et cliniques ou socio-environnementales,**
- **les séjours ou hospitalisations en centres de rééducation professionnelle, hôpitaux thermaux et sections thermales des établissements publics, instituts médico-pédagogiques, instituts médico-pédagogiques professionnels, centres d'aide par le travail, centres médico-pédagogiques, établissements de long séjour et les sections de long séjour, maisons d'enfants à caractère sanitaire, maisons d'accueil spécialisées, établissements pour personnes âgées dépendantes (maisons de retraite, établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, services de soins infirmiers à domicile).**

3.6 Limitation de la prise en charge des chambres particulières

Sont prises en charge, dans la limite d'un forfait annuel précisé au bulletin d'adhésion, les chambres particulières :

- expressément demandées par le membre participant,

- 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.

3.7 Règlement des prestations

3.7.1. Via NOEMIE

NOEMIE est une procédure de traitements automatiques des remboursements mise en place entre la Sécurité sociale et l'organisme assureur. Elle autorise l'organisme assureur à établir une liaison directe avec la caisse de Sécurité sociale des bénéficiaires et ainsi permet à ces derniers d'obtenir un remboursement automatiquement dès lors que la demande de remboursement a été adressée à cet organisme.

Dans certains cas, des pièces complémentaires nécessaires au remboursement et listées au Titre VI « Pièces justificatives » sont à adresser à l'organisme assureur.

3.7.2. Hors NOEMIE

Lorsque le membre participant n'a pas adressé de demande de remboursement à la Sécurité sociale, par exemple en cas de paiement du ticket modérateur, il doit adresser une facture dûment acquittée à l'organisme assureur pour obtenir le remboursement.

La transmission par NOEMIE est inopérante si les bénéficiaires :

- sont déjà affiliés à une autre complémentaire santé, ou s'ils refusent ce service en le notifiant par écrit sur papier libre à l'organisme assureur,
- s'ils s'acquittent du ticket modérateur,
- ou si les ayants droit sont affiliés à un régime spécial de Sécurité sociale (régime minier, régime de la fonction publique...).

3.7.3. Cumul d'organismes assureurs

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription et de la dépense engagée. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

3.7.4. Tiers payant

Le règlement permet au membre participant et à ses ayants droit de bénéficier du mécanisme de 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.

Au-delà, le bénéfice du tiers payant peut-être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximum ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux.

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives mentionnées au Titre VI « Pièces justificatives ».

L'organisme assureur délivre une carte de tiers payant qui doit lui être restituée lorsque les garanties cessent.

Cette carte mentionne l'adresse du centre de gestion auquel les bénéficiaires doivent adresser leurs justificatifs ainsi que le numéro de téléphone et le site internet leur permettant de consulter leurs remboursements.

3.7.5. Contrôle médical

L'organisme assureur peut effectuer un contrôle pour tout membre participant demandant des prestations au titre des garanties souscrites, avant ou après le paiement des prestations.

L'organisme assureur peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge. Le membre participant a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

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

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, le membre participant devra adresser au médecin conseil ou dentiste consultant de l'organisme assureur, 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.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal compétent de la résidence du membre participant, 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, l'organisme assureur pourra ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

Reprise des indus :

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

TITRE IV LES COTISATIONS

4.1. Montant et structure des cotisations

4.1.1. Assiette et montant

La Garantie frais de santé est accordée moyennant le paiement d'une cotisation annuelle exprimée en euros. Le montant de la cotisation annuelle est indiqué au bulletin d'adhésion.

La cotisation est déterminée en fonction :

- de la Garantie frais de santé choisie par le membre participant conformément à l'article 2.1.3,
- du ou des bénéficiaires assurés,
- du régime obligatoire (régime général ou régime Alsace-Moselle),
- de l'âge des bénéficiaires,
- du département de résidence principal du membre participant,
- et des dispositions réglementaires en vigueur.

La cotisation annuelle est donc révisée en cas d'évolution de la situation des bénéficiaires (changement de la situation familiale, du régime obligatoire, du département de résidence, de l'âge, modification de la Garantie frais de santé).

4.1.2. Structure de cotisations

Structure de cotisations	Les personnes assurées
Membre participant / Conjoint / Enfant	Selon la situation familiale du membre participant :
	Membre participant seul Ou Membre participant + conjoint Ou Membre participant + (N) enfant(s) Ou Membre participant + conjoint + (N) enfant(s)

Le membre participant est redevable du paiement de la cotisation pour l'ensemble des bénéficiaires assurés. La gratuité de la cotisation est accordée pour le troisième enfant et les suivants.

4.2. Modalités de paiement

La cotisation, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, est payable d'avance, par prélèvement automatique effectué sur le compte bancaire du membre participant ou par virement, à l'échéance choisie par celui-ci sur la proposition de bulletin d'adhésion.

La cotisation est exigible dans les quinze premiers jours de chaque échéance de paiement.

Lorsque l'adhésion est dénoncée dans les conditions prévues au présent règlement, le membre participant n'est redevable que de la part de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation.

4.3. Evolution de la cotisation

4.3.1. Indexation de la cotisation

La cotisation est indexée au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction du rapport de la dernière évolution connue de la Consommation Médicale Totale publiée dans les Comptes Nationaux de la Santé et des conditions prévues à l'article 1.4 « Révision du règlement ».

4.3.2. Révision de la cotisation

Conformément aux articles 1.4.1 et 1.4.2 du présent règlement, la cotisation peut être modifiée :

- en cours d'année en cas d'évolution réglementaire ;
- chaque 1^{er} janvier en cas d'évolution des résultats du règlement ;
- au 1^{er} janvier de chaque année selon l'âge de chaque bénéficiaire à cette même date. L'âge des bénéficiaires est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année civile en cours ;
- au 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de notification du changement de département de résidence principale du membre participant.

4.4. Défaut de paiement

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix jours de son échéance, l'organisme assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure ou un recommandé électronique avec avis de réception au membre participant. La garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de l'adhésion intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Si le paiement n'intervient pas l'adhésion du membre participant cesse quarante jours après l'envoi de la mise en demeure au membre participant. La cessation de l'adhésion met fin à la Garantie frais de santé pour l'ensemble des bénéficiaires.

L'adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle :

- les cotisations arriérées
- ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle : les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure, celles venues à l'échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

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

TITRE V RÉFÉRENCES LÉGALES

5.1. Fausse déclaration

5.1.1. Fausse déclaration intentionnelle

Les déclarations du membre participant servent de base à l'application des garanties.

L'assurance est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation de l'organisme assureur. L'organisme assureur doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.

5.1.2. Fausse déclaration non intentionnelle

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, l'organisme assureur peut :

- si elle est constatée avant tout sinistre : augmenter la cotisation ou résilier l'adhésion,
- si elle est constatée après tout sinistre : réduire le montant de l'indemnité proportionnellement à la cotisation payée par rapport à celle qui aurait été due si l'organisme assureur avait eu en sa possession la déclaration exacte et complète.

5.2. Déchéance

Le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

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

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

5.3. Prescription

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

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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 aux articles 2241 à 2243 de ce même Code,
- un acte d'exécution forcée, prévu aux articles 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 l'organisme assureur adresse au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que le membre participant ou ses ayants droit adresse(nt) à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

5.4. Subrogation

Lorsque le membre participant ou un ayant droit est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'organisme assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son organisme assureur.

Le membre participant ou l'ayant droit atteint d'une blessure imputable à un tiers doit en informer l'organisme assureur lors de sa demande de prestation.

5.5 Réclamation – Médiation

En cas de difficultés dans l'application du règlement, le membre participant et/ou ses ayants droit peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller ou contact habituel.

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

- reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com
- ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, le membre participant et/ou ses ayants droit peuvent s'adresser au médiateur de la Mutualité Française à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15 ou par voie électronique : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à la MUTUELLE et sans préjudice du droit d'agir en justice.

Le règlement de la médiation de la mutualité française est communiqué sur simple demande. La saisine du médiateur interrompt la prescription.

5.6. Juridiction compétente

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

5.7. 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 »), le membre participant et les bénéficiaires sont informés par la « Mutuelle Malakoff Humanis », ci-après désignée Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

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

1. Les données à caractère personnel du membre participant et 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 des avis du membre participant et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le membre participant et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification du membre participant et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au 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 organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition au membre participant et aux 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 destination du membre participant et des bénéficiaires.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du membre participant et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

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

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

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

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

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

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

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

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des

contrats d'assurance et de la relation clients avec le membre participant 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 :

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

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

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

Le membre participant et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

5.8. Autorité de contrôle

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

5.9. Loi applicable

La loi française est la loi sur laquelle se fonde l'organisme assureur pour établir les relations précontractuelles avec le membre participant ainsi que celle applicable au présent règlement, notamment pour son interprétation ou son exécution. Compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

5.10. Langue applicable

L'organisme assureur et le membre participant conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion du membre participant au présent règlement.

5.11. Fonds de garantie

Le membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles ou des unions, fonds visé à l'article L431-1 et suivants du Code de la mutualité.

TITRE VI PIÈCES JUSTIFICATIVES

6.1. Pièces nécessaires à l'adhésion

Type de bénéficiaire	Pièces à fournir
Membre participant	<ul style="list-style-type: none"> – Une pièce d'identité en cours de validité. – Un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement des prestations (NB. un seul RIB par famille). – Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations y afférent.
Ensemble des bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> – La photocopie de l'attestation carte vitale délivrée par la Sécurité sociale.
Conjoint, partenaires de PACS et concubins	<ul style="list-style-type: none"> – Une déclaration sur l'honneur signée des deux conjoints, partenaires ou concubins.
Pour les enfants à charge qui ne figurent pas sur votre attestation carte vitale :	<ul style="list-style-type: none"> – Une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du présent règlement. <p>Le cas échéant, une copie :</p> <ul style="list-style-type: none"> – du certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année), – du contrat d'apprentissage ou d'alternance, – d'une attestation d'inscription à Pôle emploi, – de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion ou de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé.

6.2. Pièces nécessaires au paiement des prestations

Les demandes de prestations doivent être adressées à l'organisme assureur dans un délai de 2 ans à compter de la date des soins, tel que prévu à l'article 5.3 « Prescription ».

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Traitement via Noémie	Justificatifs à fournir
Hospitalisation	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés.
Soins courants	Aucun document.
Cure thermale	Facture acquittée mentionnant les dépenses extra légales et les frais de transport et d'hébergement.
Optique	Facture détaillée et acquittée accompagnée de la prescription médicale. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue, la prescription initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue.
Dentaire	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés.
Aide auditive	Facture détaillée et acquittée accompagnée de la prescription médicale.
Maternité	Photocopie du livret de famille ou acte de naissance.
Adoption	La copie du jugement d'adoption plénière.
Traitement hors Noémie	
Soins remboursés par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.
Soins non remboursés par la Sécurité sociale	Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et rappelant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI ou référencé dans le registre de sa propre spécialité,
Pharmacie prescrite et non remboursée par la sécurité sociale	Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit.
Vaccin antigrippal non remboursé	Prescription et facture acquittée et détaillée.

L'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'organisme assureur.

PARTIE 2 – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES LORSQUE LES GARANTIES SANTÉ SONT RESPONSABLES

En cas de souscription de garanties dites « responsables » tel que défini au Lexique, les dispositions spécifiques suivantes s'appliquent en complément des dispositions générales prévues par la Partie 1 du présent règlement.

NATURE DU RÈGLEMENT EN CAS DE SOUSCRIPTION DE GARANTIES RESPONSABLES

Le règlement respecte le cahier des charges des contrats « solidaire et responsable ».

Par « **solidaire** », on entend un règlement dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du membre participant.

Par « **responsable** », on entend un règlement qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Conformément à la réglementation, le règlement prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques). **Par dérogation aux articles 3.2.1.1 et 2.1.3.2, l'organisme assureur s'engage à prendre en charge l'intégralité du ticket modérateur au cours de la période de carence de 3 mois ou de 9 mois à compter de la date d'adhésion au règlement ou de modification à la hausse de la Garantie frais de santé,**
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R. 160-16 I du Code de la sécurité sociale,
- la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique,
- les prestations 100 % SANTE précisées ci-dessous, y compris au cours de la période de carence définie aux articles 3.2.1.1 et 2.1.3.2,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée, y compris au cours de la période de carence définie aux articles 3.2.1.1 et 2.1.3.2 du présent règlement.

Lorsque le tableau des garanties prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100 % de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.

La majoration de la participation du membre participant et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge.

Par conséquent, les garanties dites « responsables » respectent les **obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge.**

A ce titre, le règlement propose obligatoirement les prestations prévues dans le cadre du 100 % Santé en optique, en dentaire et pour les aides auditives, dans le respect du calendrier prévu par les textes.

PRÉCISIONS SUR L'APPLICATION DU 100 % SANTÉ

1. Optique

a. Généralités

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 le membre participant : 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 :

VERRES SIMPLES

- 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.

VERRES COMPLEXES

- 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.

VERRES TRÈS COMPLEXES

- 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.

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'organisme 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 paru 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

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

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'organisme assureur, depuis le 1^{er} janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

Le présent règlement ouvre droit à des garanties complémentaires, sous réserve de respecter les dispositions prévues par chacune de ces garanties :

- des garanties **d'assistance et de téléconsultation** assurées par Auxia Assistance, SA au capital de 1 780 000 €, Entreprise régie par le Code des assurances, Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris, 351 733 761 RCS Paris,
- un service d'accompagnement dans la pratique du sport aux patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), dit « **Sport sur ordonnance** », proposé par la Mutuelle des Sportifs, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, N° SIREN 422 801 910, Siège : 2/4 rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16,
- un service d'accompagnement des patients atteints d'une maladie grave, rare ou invalidante, dit « **2^{ème} avis médical** », proposé par CARIANS, Société par action simplifiée au capital social de 109 230 €, 803 657 717 RCS Paris, Siège : Pépinière Paris Santé Cochin, 29 rue du Faubourg Saint-Jacques - 75014 Paris.

La notice d'information du contrat d'assistance, la notice d'information du contrat « Sport sur ordonnance » ainsi que les conditions générales du service « 2^{ème} avis médical » sont jointes au présent règlement.

PARTIE 3 – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES LORSQUE LES GARANTIES SANTÉ SONT NON RESPONSABLES

En cas de souscription de garanties dites « non-responsable » tel que défini au Lexique, les dispositions spécifiques suivantes s'appliquent en complément des dispositions générales communes aux contrats santé prévues par la Partie 1 du présent règlement.

NATURE DU RÈGLEMENT EN CAS DE SOUSCRIPTION DE GARANTIES NON RESPONSABLES

Le présent règlement respecte le cahier des charges du contrat « solidaire » mais pas celui du contrat « responsable ».

Par « **solidaire** », on entend un règlement dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du membre participant.

Par « **non-responsable** », on entend un règlement qui 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.

Sauf spécificité dans le bulletin d'adhésion, **si le règlement 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 règlement.

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 :

VERRES SIMPLES

- 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.

VERRES COMPLEXES

- 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.

VERRES TRÈS COMPLEXES

- 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 l-8DI soit -9D.

Les remboursements sont limités à un équipement optique (une monture et deux verres) tous les deux ans par bénéficiaire, **sauf en cas d'évolution de la vue** selon les critères prévus par le Code de la sécurité sociale **ou pour les enfants de moins de 16 ans** où la prise en charge est annuelle et à 6 mois **pour les enfants jusqu'à 6 ans** dans le cas où la monture n'est plus conforme à leur morphologie.

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 1^{er} 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.

2. Dentaire

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

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 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 1^{er} janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Dans tous les cas, ne sont pas pris en charge par l'organisme assureur :

- **les actes spécifiquement mentionnés au règlement,**
- **les minima de remboursement visés et/ou prévus à l'article D.911-1 du Code de la sécurité sociale.**

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

Le présent règlement ouvre droit à des garanties complémentaires, sous réserve de respecter les dispositions prévues par chacune de ces garanties :

- des garanties **d'assistance** assurées par Auxia Assistance, SA au capital de 1 780 000 €, Entreprise régie par le Code des assurances, Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris, 351 733 761 RCS Paris,
- un service d'accompagnement dans la pratique du sport aux patients atteint d'une affection de longue durée (ALD), dit « **Sport sur ordonnance** », proposé par la Mutuelle des Sportifs, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, N° SIREN 422 801 910, Siège : 2/4 rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16.

La notice d'information du contrat d'assistance ainsi que la notice d'information du contrat « Sport sur ordonnance » sont jointes au présent règlement.

PARTIE 4 – LES SERVICES

DEVIS CONSEIL

Afin de réduire le reste à charge des bénéficiaires, l'organisme assureur propose un service d'analyse des devis établis préalablement aux soins par le praticien, notamment pour les frais d'optique, prothèses dentaires, dépassements d'honoraires et chambres particulières, dès lors que les dépenses envisagées dépassent les montants définis comme suit :

- **optique** : 500 euros en cas d'achat hors tiers payant,
- **dentaire** : 700 euros pour les soins prothétiques, 800 euros en orthodontie et 2000 euros en implantologie,
- **dépassements d'honoraires** : 300 % de la base de remboursement Sécurité sociale,
- **chambre particulière et frais de séjour hors convention** : 100 euros par jour. Aucun accord préalable n'est à demander en cas d'hospitalisation à la suite d'une urgence justifiée médicalement, la chambre particulière n'étant pas dans ce cas facturable.

Pour bénéficier de ce service, le membre participant peut imprimer des modèles de devis sur le 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 :

Le service Malakoff Humanis Devis Conseil
21 rue Laffitte
75317 Paris cedex 09

A réception du devis, l'organisme assureur estimera le montant pris en charge, le reste à charge pour le membre participant, ainsi que, le cas échéant, une indication du positionnement tarifaire du devis au regard des tarifs habituellement pratiqués dans la région.

Aucune demande de devis n'est à adresser si le membre participant fait appel à un praticien ou à un établissement appartenant à un des réseaux de soins de l'organisme assureur. Il en serait de même si l'organisme assureur devait mettre en place de nouveaux réseaux.

RÉSEAU DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'organisme assureur peut passer des conventions particulières avec les praticiens et les établissements de santé.

L'organisme assureur a notamment conclu un accord auprès d'opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes constituant un réseau pouvant permettre au membre participant et ses ayants droit de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses y sont engagées. En outre, les bénéficiaires profitent des tarifs négociés sur la chambre particulière au sein du réseau des hôpitaux adhérents au conventionnement hospitalier mutualiste.

La liste des professionnels de santé appartenant aux réseaux de l'organisme assureur est disponible sur notre site internet www.malakoffhumanis.com.

Si le tableau des garanties 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, les bénéficiaires conservent le libre choix de leur praticien.

TABLEAU DE BORD SANTÉ

Un service innovant pour piloter le budget santé et optimiser les dépenses de soins des membres participants.

Le membre participant dispose d'un service complet d'analyse de ses dépenses de santé, assorti de conseils pour les optimiser, réduire les frais à sa charge et l'orienter vers une offre de soins de qualité au meilleur coût.

Accessible sur le site www.malakoffhumanis.com dans son espace client via la rubrique « mon compte », le Tableau de bord santé personnel offre une vue synthétique et pédagogique sur :

- **l'historique des remboursements** :
 - Chaque acte remboursé est détaillé avec le rappel de la date des soins, le bénéficiaire concerné, la nature de l'acte, les montants pris en charge par la Sécurité sociale et l'organisme assureur et le reste à charge éventuel.
- **l'analyse détaillée des dépenses de santé sur les douze derniers mois** :
 - Vue synthétique et graphique par catégorie de soins (médecine de ville, hospitalisation, pharmacie, optique, dentaire), par bénéficiaire et par type de prise en charge.
- **des conseils pour optimiser les dépenses de santé futures** en utilisant les services d'orientation selon les besoins du membre participant :
 - Réseaux de soins, Devis conseil, comparateur des hôpitaux, centres de santé partenaires, centres ophtalmologiques POINT VISION.
- **un mémo de prévention santé, personnalisé** :
 - Rappels des actions de prévention utiles pour préserver le capital santé selon le profil de chaque bénéficiaire.



MUTUELLE MALAKOFF HUMANIS

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

Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris

N° SIREN 784 718 256

Mutuelle membre du groupe Malakoff Humanis



MMH-13160_2106