

Ma notice frais de santé

➔ Complémentaire santé facultative



Cette notice décrit les garanties de mon contrat relevant des conditions générales S925-3, ainsi que les formalités à accomplir pour obtenir le remboursement de mes soins.

Les garanties sont issues du contrat d'assurance qui a été souscrit par mon Association.

GARANTIES EN VIGUEUR AU 01/01/2026

CONTRAT COMPLEMENTAIRE FACULTATIF RESPONSABLE :

Numéro : M3 / Q10420 - 0001 – S *(référence de gestion MMHM2270000032S)*

SOUSCRIT PAR :

L'ASSOCIATION POUR UNE MUTUELLE DES ANCIENS DE L'EMPLOI - AMAE

SIREN n°538 396 110

Dont le siège social est situé 71 boulevard de Brandebourg, 94200 IVRY-SUR-SEINE

AUPRES DE L'ASSUREUR :

Malakoff Humanis Mutuelle

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité

Nouvelle dénomination sociale de Mutuelle Malakoff Humanis

SIREN n°784 718 256

Dont le siège social est situé au 21 rue Laffitte, 75009 PARIS

AU PROFIT DE LA CATEGORIE ASSUREE :

Les adhérents de l'Association

ASSISTEUR :

AUXIA ASSISTANCE

Entreprise Régie par le Code des assurances

SIREN n° 351 733 761 RCS Paris



EN PRATIQUE, tout ce qu'il faut savoir sur **Ma complémentaire facultative**



Pourquoi un contrat complémentaire ?

L'AMAE vous propose de bénéficier d'une complémentaire facultative **pour améliorer, à titre personnel, vos remboursements en fonction de vos besoins médicaux.** Vous êtes libre d'y adhérer ou pas.

NIVEAU 2 – Renfort facultatif

COMPLEMENTAIRE

Pour vous donner la possibilité d'améliorer vos remboursements.
La cotisation est entièrement à votre charge et prélevée directement sur votre compte bancaire.

NIVEAU 1 – Régime obligatoire

SECURITE SOCIALE et autres



Comment en bénéficier ?

Vous devez être adhérent à l'Association pour une mutuelle des Anciens de l'Emploi (AMAE)



Complétez et signez un bulletin individuel d'adhésion en indiquant la liste de vos ayants droit.



Envoyez votre bulletin accompagné des pièces nécessaires à :

AMAE

71, Boulevard de Brandebourg

94200 IVRY SUR SEINE

Tél. 01 89 38 50 04 (permanence les lundis, mardis et mercredis)

Mail : amae.mutuelle@gmail.com

L'AMAE se chargera de faire parvenir le bulletin individuel d'adhésion à Malakoff Humanis Mutuelle.

Une fois affilié, vous pourrez, contacter Malakoff Humanis Mutuelle et notamment signaler tout changement de situation familiale et de coordonnées bancaires et postales :



Par téléphone au 03 80 28 25 53
(Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h)

Par courrier via votre centre de gestion:

MALAKOFF HUMANIS

TSA 49158

73025 CHAMBERY CEDEX

ou

Depuis votre Espace Client sur notre site Internet :
www.malakoffhumanis.com

Table des matières

INTRODUCTION	5
FONCTIONNEMENT DU CONTRAT	5
Qui est couvert par mon contrat ?	5
Formalités d'inscription	5
SPECIFICITES DU CONTRAT	7
Nature du contrat	7
MES GARANTIES ET LE REGLEMENT DES PRESTATIONS	8
Dispositif « 100% Santé »	8
Tableau de garantie	11
Début et fin de mes garanties	14
Conditions de prise en charge de mes soins	15
Services d'accès aux soins et de prévention	17
EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIES	18
Exclusions et limitations de mes garanties	18
MES COTISATIONS	19
Base de calcul des cotisations	19
Paiement de mes cotisations	20
INFORMATIONS LEGALES ET REGLEMENTAIRES	20
Fausse déclaration	20
Perte du droit à indemnisation (déchéance des garanties)	21
Délai maximum de règlement des prestations (prescription)	21
Notre recours contre le responsable du sinistre (subrogation)	21
Contact en cas de réclamation - médiation	22
Juridiction compétente en cas de conflit	22
Utilisation et protection de mes données personnelles collectées	22
Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	24
Autorité de contrôle	24
LEXIQUE	25
Document à remettre à L'AMAE	27

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



INTRODUCTION



Nous vous remboursons les dépenses prises en charge ou non par la Sécurité sociale comme indiqué au tableau de garanties. **Seules les garanties y figurant sont prises en charge.**

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

Vous bénéficiez également de garanties d'assistance assurées par Auxia Assistance, **sous réserve** de respecter les dispositions prévues à la notice d'assistance.

FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

Qui est couvert par mon contrat ?

Votre inscription est facultative.

Vous déterminez librement et à tout moment les ayants droit que vous souhaitez affilier.

Pour les adhérents affiliés avant le 1^{er} juillet 2014 : votre Association a choisi une structure d'adhésion : adhérent seul / 2 adhérents / 3 adhérents / Famille.

Pour les adhérents affiliés après le 1^{er} juillet 2014 : votre Association a choisi une structure d'adhésion : adhérent seul / 1 adhérent + 1 personne à charge / 1 adhérent + 2 personnes à charge et plus.

Vous pouvez vous affilier avec une ou plusieurs personnes à charge parmi vos enfants à charge et vos ascendants à charge tels que définis au Lexique.

Votre conjoint ne peut pas être ayant droit. Il doit adhérer à l'AMAE pour s'affilier.

Formalités d'inscription



Que dois-je faire pour bénéficier des garanties ?

Vous devez être adhérent de l'AMAE et :

- remplir et signer votre bulletin d'adhésion pour réaliser votre inscription
- déclarer les éventuels membres de votre famille



Vous avez 30 jours pour retourner ces informations à l'AMAE, accompagnées des pièces nécessaires

Certaines **formalités** sont nécessaires pour que vos garanties débutent.

Si ces formalités sont incomplètes ou hors délai, l'inscription prend effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de votre demande.

QUELLES SONT LES PIÈCES NÉCESSAIRES À L'INSCRIPTION ?

Nous nous réservons le droit de vous demander toutes autres pièces complémentaires que nous jugerions nécessaires pour l'inscription ou le renouvellement de vos garanties.

Type de bénéficiaire	Pièces à fournir
Pour vous	▪ Votre relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement des prestations (NB. 1 seul RIB par famille) ▪ Un mandat de prélèvement SEPA rempli et signé si vous avez choisi ce moyen de paiement ▪ La photocopie de l'attestation de droits de la <u>Sécurité sociale</u> jointe à votre carte vitale
Pour vos <u>ascendants à charge</u> et vos <u>enfants à charge</u> qui ne figurent pas sur votre attestation de carte vitale	▪ Une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, qui précise qu'ils sont bien fiscalement à charge. Et en fonction de la situation, une copie : ▪ 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 France Travail ▪ de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion, de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé.



L'inscription est facultative : comment y renoncer dans le délai de 30 jours ?

Vous pouvez renoncer à votre inscription et celle des membres de votre famille dans les **30 jours** qui suivent notre confirmation de l'inscription.

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



Vous pouvez exercer votre droit de renonciation :

- par lettre ou tout autre support durable,
- par déclaration faite au siège social de l'assureur ou chez son représentant,
- par acte extrajudiciaire,
- sur notre site internet malakoffhumanis.com (ou celui du gestionnaire du contrat en cas de gestion déléguée).

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

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

« Je soussigné(e) (nom, prénom)....., qui demeure (adresse complète) déclare renoncer à mon inscription facultative et celle des membres de ma famille dans le cadre du contrat surcomplémentaire n°....., qui a débuté le »



L'inscription est facultative : comment la dénoncer après le délai de 30 jours ?

Vous pouvez dénoncer votre inscription et celle des membres de votre famille :

- dans un délai d'**1 mois après la réception de votre notice d'information ou de votre notice additive** établie en cas de modification de vos droits et obligations (effet 1 mois après la réception).
- **au plus tard le 31 octobre de la 1ère année d'inscription** (effet au 31 décembre minuit)
- **à tout moment, à compter d'1 an d'inscription** au contrat (effet 1 mois après la réception).

La dénonciation doit nous parvenir par les mêmes moyens que la renonciation.

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



En cas de dénonciation, une nouvelle affiliation au contrat est possible, une seule fois, sous réserve de **respecter les conditions définies au paragraphe « Formalités d'inscription »**.

La seconde dénonciation est en revanche définitive pour vous et vos ayants droit.

Si vous mettez fin à votre inscription, vous n'êtes redevable que de la partie de cotisation correspondante à la période pendant laquelle le risque est couvert. Cette période est calculée à compter de la date de début de l'adhésion ou de l'inscription jusqu'à la date de la dénonciation. Si vous avez payé une partie de votre cotisation à l'avance, nous vous la rembourserons.

SPECIFICITES DU CONTRAT

Nature du contrat

La nature du contrat souscrit par votre Association figure au(x) tableau(x) de garanties.

Le contrat est dit « solidaire », car le montant des cotisations ne dépend pas de votre état de santé.

Il est « **responsable** ».

Les principales mesures du contrat « responsable » sont les suivantes :

Prise en charge des niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale, sauf pour:
 - les frais de cure thermique,
 - les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou 30%,
 - les spécialités et les préparations homéopathiques,
- la participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds et coûteux, mentionnés à l'article R. 160-16 I du Code de la sécurité sociale
- l'examen de la vue réalisé par l'opticien lunetier en cas de renouvellement d'une ordonnance lorsqu'il est associé à la délivrance d'un équipement optique,
- les prestations « 100% SANTÉ » précisées ci-dessous,
- l'intégralité du « forfait journalier hospitalier » des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, sans limitation de durée, le « forfait patient urgences ».

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

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

MES GARANTIES ET LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Dispositif « 100% Santé »

Le contrat « responsable » inclut les prestations du dispositif « 100 % Santé ».

Vous accédez à une sélection de **lunettes, de prothèses dentaires, d'appareils auditifs, de prothèses capillaires et de fauteuils roulants sans aucun reste à charge.**

Les définitions liées aux garanties ci-dessous s'appliquent.



Optique

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

2 TYPES D'EQUIPEMENT :

- un équipement « 100 % Santé » (« classe A ») sans reste à charge : vous êtes entièrement remboursé dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens.
- un équipement **autre que « 100 % santé »** (« classe B »), vous êtes libre dans le choix de l'équipement : il est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat « responsable » et dans les limites des garanties mentionnées au(x) tableau(x) de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés ainsi :

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



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

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



DÉFINITIONS DES VERRES :

Cylindre Sphère	VERRES UNIFOCAUX					VERRES MULTIFOCAUX/PROGRESSIFS			
	0 dioptrie	]0 à 2] dioptries	]2 à 4] dioptries	]4 à 6] dioptries	]6 dioptries et +	0 dioptrie	]0 à 4] dioptries	]4 à 6] dioptries	]6 dioptries et +
]-12 dioptries et -									
]-12 à -8] dioptries									
]-8 à -6] dioptries									
]-6 à -4] dioptries									
]-4 à -2] dioptries									
]-2 à 0] dioptries	Verres simples					Verres complexes			
]0 à 2] dioptries									
]2 à 4] dioptries									
]4 à 6] dioptries									
]6 à 8] dioptries									
]8 à 12] dioptries									
]12 dioptries et +									

QUELS SONT LES DÉLAIS DE RENOUVELLEMENT ?

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

	Bénéficiaires de 16 ans et +	Bénéficiaires de - de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation 6 mois pour les <u>enfants</u> jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	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	- variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'1 verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des 2 verres - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour 1 verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des 2 verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour 1 verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries	
Constatation de l'évolution de la vue	- soit présentation à l'opticien d'une nouvelle ordonnance médicale et comparaison avec l'ancienne - soit adaptation de l'ordonnance médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance	sur présentation à l'opticien d'une nouvelle ordonnance médicale ophtalmologique
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	aucun délai de renouvellement des verres	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018	
Constatation de l'évolution de la vue	présentation à l'opticien d'une nouvelle ordonnance médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière	



Dentaire

3 TYPES DE PROTHÈSES :

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



Aide auditive

2 TYPES D'EQUIPEMENT :

- un équipement « 100 % Santé » (« classe I ») sans reste à charge: vous êtes entièrement remboursé sans pouvoir dépasser les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes.
- un équipement **autre que « 100 % santé »** (« classe II ») : vous êtes libre dans le choix des prothèses. Il est remboursé dans les conditions fixées au(x) tableau(x) de garanties, qui respectent le plafond prévu dans le cadre du contrat responsable.

Ce plafond :

- inclut la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par la Sécurité sociale.
- n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive (telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires).

QUELS SONT LES DÉLAIS DE RENOUVELLEMENT ?

Le délai de renouvellement d'1 aide auditive par oreille est calculé à compter de la date de la facturation du dernier équipement. Le renouvellement est possible **tous les 4 ans**.

Celui-ci doit avoir fait l'objet d'un remboursement de notre part ou de la part de la Sécurité sociale.



Ce délai court indépendamment pour l'équipement de chaque oreille.



Prothèse capillaire

4 CLASSES DE PROTHESES CAPILLAIRES :

- Classe I : le contrat inclut la prise en charge du ticket modérateur. Vous ne supportez pas de reste à charge en l'absence de dépassement autorisé.
- Classe II : sans reste à charge : vous êtes entièrement remboursé. La prothèse capillaire est remboursée aux frais réels dans la limite du Prix Limite de Vente qui s'impose aux distributeurs pour l'application du « 100 % Santé ».
- Classe III : la prothèse capillaire est remboursée selon les garanties prévues dans le tableau de garanties dans la limite du Prix Limite de Vente qui s'impose aux distributeurs.
- Classe IV : la prothèse capillaire est remboursée selon les garanties prévues dans le tableau de garanties.



Fauteuil roulant

- Les forfaits de location de courte durée et de mise à disposition associée d'un fauteuil roulant vous sont remboursés aux frais réels dans la limite du Prix Limite de Vente qui s'impose aux distributeurs dans le cadre du « 100% Santé ».
- La location de courte durée, limitée à 3 mois, peut vous être renouvelée pour 3 mois supplémentaires consécutifs.

Tableau de garantie

Les remboursements interviennent en complément du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réellement engagés.

La prise en charge des prestations remboursées par la Sécurité sociale est assurée à minima à hauteur des obligations légales.

Pour tous les actes complexes, nous vous conseillons de réaliser un devis avant d'engager des frais.

	Régime Responsable
HOSPITALISATION en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et soins médicaux et de réadaptation ; hors chirurgie esthétique	
Frais de séjour	
En établissement conventionné	200 %BRSS
En établissement non conventionné	200 %BRSS
Honoraires	
Praticien adhérent aux DPTM	200 %BRSS
Praticien non adhérent aux DPTM	100 %TM + 100 %BRSS
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale (1)	100% du forfait
Forfait patient urgence (2)	100% du forfait
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris soins courants)	100% de la participation forfaitaire
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (3)	
Par nuitée (limité à 6 jours pour la maternité)	40 €
Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	16 €
Lit d'accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale (3)	
Bénéficiaire de moins de 14 ans ou + 70 ans - forfait par jour	25 €
DENTAIRE (auprès d'un professionnel de santé)	
Soins et prothèses 100 % Santé * (Reste à charge zéro)	sans reste à charge
Soins et prothèses hors 100% Santé (Tarifs maîtrisés et tarifs libres)	
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	200 %BRSS
Inlays-onlays	200 %BRSS
Inlay-core	200 %BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (hors inlay-onlay, inlay-core, bridge)	200 %BRSS
Adjonction d'élément intermédiaire à une prothèse plurale (bridge)	100 %BRSS
Orthodontie	
Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire (4)	200 %BRSS
Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale	
Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire - par an et par bénéficiaire	5 %PMSS
Plafond global dentaire ** - par an et par bénéficiaire (uniquement pour prothèses autres que 100 % Santé et l'implantologie)	2330 €

OPTIQUE

Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales et à la Notice d'information.

Équipement 100 % Santé (Classe A) *

2 verres + 1 monture	sans reste à charge
Examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien	sans reste à charge

Équipement (2 verres + 1 monture) hors 100 % Santé (Classe B) *

Bénéficiaire âgé de 16 ans et plus

• par verre simple	159 €
• par verre complexe	159 €
• par verre très complexe	159 €
• par monture de lunettes	100 €
• Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100 %TM

Bénéficiaire âgé de moins de 16 ans

• par verre simple	89 €
• par verre complexe	89 €
• par verre très complexe	89 €
• par monture de lunettes	63 €
• Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100 %TM

Lentilles

Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	5 %PMSS/ paire
--	----------------

Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	5 %PMSS/ paire
--	----------------

Chirurgie optique réfractive (5) - Par œil, par an et par bénéficiaire	10 %PMSS
--	----------

AIDE AUDITIVE

Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales et à la Notice d'information.

Équipement 100 % Santé (Classe I) *

sans reste à charge

Équipement hors 100 % Santé (Classe II) * remboursé par la Sécurité sociale

Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale

Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par bénéficiaire, par Oreille	10 %PMSS
--	----------

Accessoires et fournitures	100 %TM
----------------------------	---------

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non

Honoraires médicaux

Consultation (y compris en ligne) et visite

Médecin généraliste adhérent aux DPTM	200 %BRSS
Médecin généraliste non adhérent aux DPTM	100 %TM + 100 %BRSS
Médecin spécialiste adhérent aux DPTM	200 %BRSS
Médecin spécialiste non adhérent aux DPTM	100 %TM + 100 %BRSS
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale	100 %TM

Acte technique médical

Praticien adhérent aux DPTM	200 %BRSS
Praticien non adhérent aux DPTM	100 %TM + 100 %BRSS

Acte d'imagerie médicale

Praticien adhérent aux DPTM	200 %BRSS
Praticien non adhérent aux DPTM	100 %TM + 100 %BRSS

Honoraires paramédicaux remboursés par la Sécurité sociale

Infirmières, kinésithérapeutes et autres auxiliaires médicaux	200 %BRSS
---	-----------

Dispositif Mon soutien Psy

Consultation de Psychologue remboursée par la Sécurité sociale (6)	100 %TM
--	---------

Analyses et examens de laboratoire	200 %BRSS
------------------------------------	-----------

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non

Matériel médical (hors optique et aides auditives)	
Fauteuils roulants équipement 100% Santé * : Forfait location de courte durée et mise à disposition	sans reste à charge
Prothèses capillaires équipement 100% Santé (Classe II)*	sans reste à charge
Autre appareillage et prothèses médicales y compris prothèses capillaires de Classe I*, III* et IV et implants mammaires suite à maladie et prescription)	300 %BRSS
Frais de transport sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (7)	100 %BRSS
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale ***	
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique	100 %BRSS
Transport et hébergement thermal - forfait par an et par bénéficiaire	10 %PMSS
Cures thermales non remboursées par la Sécurité sociale ***	
Honoraires, traitement thermal, hébergement et transport - forfait global annuel	8 %PMSS
Pharmacie	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale (8)	100 %TM
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (9)	120 €
Vaccins préventifs non remboursés par la Sécurité sociale	100 %BRSS
Contraception non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (Pilule contraceptive, préservatifs masculins et féminins, patchs et anneaux contraceptifs féminins)	3 %PMSS
Sevrage tabagique prescrit non remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €
Médecine additionnelle et de prévention non remboursée par la Sécurité sociale (10)	
Médecine additionnelle - montant par séance (Ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, psychologue, psychomotricien, tabacologue, homéopathie, étiopathie)	25 € dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire
Consultation Diététicien – lutte Obésité - par an et par bénéficiaire	2 %PMSS
Ostéodensitométrie osseuse	2 %PMSS
Dépistage des troubles de l'audition	1 dépistage / 2 ans
Garanties d'assistance	
Assistance à domicile	Oui
Actes de prévention (11)	100 %TM

Lexique:

BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

BRSS - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale.

DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

DPTM = dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées : ils sont définis dans les conditions générales et notice d'information.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2026 : 4005 €).

TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou d'une franchise).

(1) Hors établissements médico-sociaux (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...), tels que définis à l'Article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale

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

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an en établissements spécialisés (psychiatrie). La chambre en ambulatoire correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour. Les frais d'accompagnement sont remboursés sur présentation d'une facture.

(4) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

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

(5) **Seule la chirurgie réfractive par laser est prise en charge dans la limite indiquée au tableau de garanties.**

Il s'agit d'une opération de confort non prise en charge par la Sécurité sociale qui diffère de l'opération de la cataracte.

(6) Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale : liste disponible sur monsoutienpsy.sante.gouv.fr

(7) Le Service mobile d'Urgence et de réanimation (SMUR) est une unité mobile chargée d'intervenir sur les lieux où un patient nécessite une prise en charge urgente. Le SMUR assure la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport du patient en situation d'urgence médicale vers un établissement de santé. Rattaché à un hôpital, le SMUR a pour mission de porter secours aux patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation.

(8) Prestations soumises aux tarifs opposables (tarifs sans dépassements d'honoraires). En cas d'exigence particulière du patient soumise à dépassement éventuel, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.

(9) Médicaments délivrés par des pharmacies d'officine et pharmacies autorisées à vendre sur internet telles que répertoriées par l'Ordre National des Pharmaciens sur son site ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search.

Médicaments identifiables par leur taux de TVA : 2,1%, 5,5% ou 10%.

Les produits vendus en pharmacie au taux de 20% ne relèvent pas de la garantie.

(10) Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel et selon les dispositions prévues dans les Conditions générales et la Notice d'information.

(11) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr).

* Tels que définis réglementairement : **dispositif 100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certains soins ou équipement en dentaire (soins prothétiques 100% Santé), en optique (équipement Classe A), en aide auditive (équipement Classe I), prothèses capillaires (équipement Classe II), fauteuils roulants (forfait de location de courte durée et de mise à disposition).

Ils sont intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à charge pour le bénéficiaire, **sous réserve** que les prix limites de vente et les honoraires limites de facturation réglementaire soient respectés.

Les équipements optiques de Classe B, les soins et prothèses dentaires hors 100% Santé (tarifs maîtrisés et tarifs libres), l'aide auditive de Classe II et les prothèses capillaires de Classe I et Classe III sont remboursés dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garantie et dans le respect des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation.

** En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée (TM pour les soins dentaires).

*** **Le remboursement ne couvre pas le complément tarifaire.**

Début et fin de mes garanties



À compter de quand mes soins sont-ils remboursés ?

VOUS

Vos garanties débutent à compter de votre inscription au contrat

LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE

Leurs garanties débutent à la même date que les vôtres ou à la date de leur inscription



Quand prennent fin mes garanties ?

VOUS

Vous ne bénéficiez plus de vos garanties :

- à la date d'effet de la résiliation de votre contrat,
- à la date à laquelle vous avez dénoncé votre affiliation, dans les conditions prévues au paragraphe « **L'inscription est facultative : comment la dénoncer après le délai de 30 jours ?** »,
- à la date de votre radiation **définitive** pour défaut de paiement des cotisations,
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assurée pour cause décès ou de non-paiement du droit annuel d'adhésion à l'Association pour une mutuelle des Anciens de l'Emploi (AMAE).

LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE

Les membres de votre famille ne bénéficient plus des garanties :

- à la même date que vous,
- à la date à laquelle ils n'adhèrent plus à l'Association pour une mutuelle des Anciens de l'Emploi (AMAE),
- à la date à laquelle leur radiation est demandée.

Toutefois, à votre décès, vos ayants droit affiliés peuvent continuer de bénéficier des garanties du contrat à titre viager, **sous réserve** :

- d'être adhérents à l'Association,
- que le contrat demeure en vigueur pendant cette période,
- qu'ils payent la cotisation correspondante.

Conditions de prise en charge de mes soins

Pour le calcul des remboursements, nous prenons en compte vos **garanties dont vous bénéficiez au moment des soins** :

- Pour les actes médicaux référencés par la Sécurité sociale, la date des soins est celle retenue par la Sécurité sociale.
- Pour les actes médicaux non référencés par la Sécurité sociale, la date des soins est celle de la facturation.

Nous vous réclamerons toute somme perçue à tort.

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



Vous ne pouvez pas reporter ou cumuler votre forfait d'une année civile à l'autre.



Quelles sont les pièces nécessaires pour être remboursé ?

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

Ce remboursement peut nécessiter la fourniture des pièces justificatives suivantes :

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

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

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

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

3 - **RPPS** : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé.



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

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

Il en est de même pour les prestations exprimées en forfait par année civile.



Comment se passe un contrôle médical ?

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

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

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

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

Si nous ne trouvons pas de solution ensemble, nous pouvons faire appel à un 3^{ème} médecin pour prendre une décision. Il sera désigné par votre médecin et le nôtre. Si nous ne trouvons pas d'accord pour le choix de ce médecin, vous et/ou nous pourrons demander au président du tribunal de votre domicile de le désigner. Chacun paie les honoraires de son médecin et nous partagerons les frais du 3^{ème} médecin.

À l'issue des conclusions :

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

Services d'accès aux soins et de prévention

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

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

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

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



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

Nous pouvons vous aider à réduire vos dépenses de lunettes **grâce à notre service d'analyse de devis instantané**.

Nous examinons le devis de votre opticien et vous envoyons immédiatement une estimation de votre remboursement par mail et SMS. Ainsi, vous pouvez prévoir vos dépenses et connaître votre reste à charge.



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

Vous bénéficiez de notre réseau KALIXIA qui travaille avec des opticiens, des centres d'audioprothésistes, des chirurgiens-dentistes et des ostéopathes pour vous aider à réduire votre reste à charge.

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

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



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

Dans le cadre du contrat responsable, le contrat souscrit par votre Association vous permet ainsi qu'aux membres de votre famille de bénéficier d'une **dispense d'avance de frais (tiers payant)**. Ce dispositif nécessite au préalable l'acceptation de la télétransmission (NOEMIE) par votre organisme d'Assurance Maladie.

Le tiers payant s'applique intégralement

- sur les paniers de soins optique, dentaire, et audio sans reste à charge

et

- sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur du ticket modérateur (différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et la prise en charge effective par celle-ci) :
 - s'ils sont partenaires de notre opérateur de tiers payant
 - et que l'ensemble des pièces justificatives que nous demandons sont fournies.

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

Ensuite, envoyez votre demande avec les justificatifs pour être remboursé conformément au niveau des garanties du contrat.

EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIES

Exclusions et limitations de mes garanties

Seules les garanties prévues au(x) tableau(x) des garanties peuvent faire l'objet d'un remboursement dans les conditions définies ci-après.



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

Conformément à la réglementation,

- les pénalités financières qui s'appliquent hors parcours de soins ainsi que la contribution forfaitaire et les franchises médicales ;
- les actes médicaux non remboursés par la Sécurité sociale, sauf mention au(x) tableau(x) des garanties ;
- les soins effectués avant la date de début du contrat ou avant la date de début de votre inscription et de celle des membres de votre famille ;
- les soins effectués après la date de résiliation du contrat ou après la date de fin de vos garanties et de celle des membres de votre famille ;
- 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 (MIGAC), même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne rembourse pas les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ;
- tout équipement optique composé de verres plans (sans correction), sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale ;
- l'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) territorialement compétente et qui n'est pas justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée) ;
- le forfait journalier hospitalier pour établissements médicaux-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174- 6 du Code de la sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), unités ou centres de soins de longue durée etc.),
- la cigarette électronique ;
- la minoration du remboursement appliquée par la Sécurité sociale sur les frais de transport sanitaires programmés, en cas de refus du patient du transport partagé proposé.



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

Lors de vos déplacements privés de moins de 3 mois hors du territoire français (**sauf dans les pays formellement déconseillés par le ministère des Affaires Etrangères**), les garanties s'exercent également.

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

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



Comment la chambre particulière m'est-elle remboursée ?

La chambre particulière est remboursée, dans la limite d'un **forfait** précisé au(x) tableau(x) des garanties à condition :

- d'être clairement demandée par le bénéficiaire,
- et, de faire l'**objet d'une facturation qui détaille les services fournis par l'établissement hospitalier**,
- et, que son tarif soit publiquement affiché.

NE SONT PAS REMBOURSÉS :

- 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 par la personne hospitalisée ou ses accompagnants, sans ordonnance médicale.



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

La pharmacie non remboursée correspond :

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



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

MES COTISATIONS

Base de calcul des cotisations

Cette complémentaire santé est réservée au(x) seul(s) adhérent(e)(s) de l'AMAE.

Ne pas être à jour de votre adhésion et/ou de votre cotisation vous expose à être radié(e).

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

Le montant de la cotisation pour les adhérents est calculé à partir du montant des revenus figurant sur le dernier avis d'imposition.

Pour les nouveaux retraités, une cotisation provisoire est fixée. Son montant correspond à 2 tranches de revenus en dessous de celle calculée d'après son avis d'imposition. Le montant définitif est calculé sans effet rétroactif à la réception par l'AMAE de la nouvelle notification d'impôts reprenant les revenus de retraite sur 12 mois.

Pour les adhérents non retraités, l'avis d'imposition est demandé tous les ans.

À défaut de fournir cette notification, le montant maximum (tranche 9) est appliqué.

Paie ment de mes cotisations



Comment payer ma cotisation lorsque mon inscription est facultative ?

Vous êtes le responsable du paiement des cotisations, vous pouvez payer les cotisations, qui comprennent les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, mensuellement d'avance dans les **15 premiers jours** de chaque mois civil, par **prélèvement automatique** sur votre compte bancaire ou par **virement bancaire**.

PRORATISATION DES COTISATIONS

Vous n'êtes redevable que de la partie de cotisation correspondante à la période pendant laquelle le risque est couvert. Cette période est calculée à compter de la date de début de l'adhésion ou de l'inscription jusqu'à la date de la dénonciation ou de la résiliation. Si une fraction de cotisation s'avère avoir été payée d'avance, celle-ci est alors remboursée.



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

Nous vous adressons une lettre recommandée de mise en demeure avec accusé de réception en cas de non-paiement d'une cotisation au terme d'un délai de **15 jours après son échéance**.

Si le paiement des cotisations n'intervient pas, l'inscription et le cas échéant celle des membres de votre famille s'arrêtent 40 jours après l'envoi de la mise en demeure.

La fin de l'inscription met fin aux garanties pour vous et les membres de votre famille.

Dans tous les cas, vous devez payer les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de fin de votre inscription ou de celle des membres de votre famille.

Votre inscription reprend effet à midi le lendemain du jour où vous avez payé les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

INFORMATIONS LEGALES ET REGLEMENTAIRES

Fausse déclaration

Vos déclarations et celles de votre Association nous servent de base à l'application des garanties.

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

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

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

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

Perte du droit à indemnisation (déchéance des garanties)

Vous ou les membres de votre famille êtes déchus de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- si vous faites volontairement une fausse déclaration de sinistre
- si vous fournissez ou utilisez sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou usez d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Vous vous exposez également à des poursuites pénales.

Délai maximum de règlement des prestations (prescription)

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

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

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

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

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

La prescription est également interrompue par :

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

Notre recours contre le responsable du sinistre (subrogation)

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

Lors de votre demande de remboursement de la dépense engagée lorsque le dommage est causé par un tiers responsable, vous ou les membres de votre famille devez nous informer. On entend par accident toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause qui vous est extérieure.

Contact en cas de réclamation - médiation

En cas de difficultés dans l'application du contrat, votre Association, vous et les membres de votre famille pouvez contacter votre conseiller ou contact habituel.

La réclamation peut également être adressée comme suit :

- par votre Association à : reclamation-entreprise-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises Assurance – 78087 Yvelines Cedex 9.
- par vous et les membres de votre famille à : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance – 78087 Yvelines Cedex 9.
- ou via votre Espace Client.

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



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

- M. 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'1 an** à compter de l'envoi de votre réclamation écrite à notre attention et sans préjudice du droit d'agir en justice.

Juridiction compétente en cas de conflit

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

Utilisation et protection de mes données personnelles collectées

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

Détails de vos données	Finalités de vos données Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, nous nous engageons à ne pas exploiter vos données et celles des <u>membres de votre famille</u> dans un autre but que les finalités citées ci-dessous :	Catégorie de destinataires de vos données	Durée de conservation de vos données Le calcul des durées de conservation est réalisé en fonction :
- Données d'identification - Données relatives à votre situation familiale, à votre vie personnelle, votre santé - Données économique, patrimoniale et financière, professionnelle - Données relatives à l'appréciation du risque	- La souscription, la gestion, y compris commerciale, la passation et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de nous ou d'autres sociétés du groupe - L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins que vous et les <u>membres de votre famille</u> exprimez - La gestion de vos avis et ceux des <u>membres de votre famille</u> sur les produits, services ou contenus que nous ou nos partenaires proposons - L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux - L'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques qui permettent de s'assurer de votre non-réidentification - L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, qui peuvent conduire à votre <u>inscription</u> sur une liste de personnes qui présentent un risque de fraude, et qui incluent un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) - A ce titre, nous pouvons utiliser des systèmes d'intelligence artificielle pour nous aider à détecter des dossiers frauduleux tout en conservant une intervention humaine - La proposition que nous faisons à vous et aux <u>membres de votre famille</u> d'un accompagnement sous la forme de services ou d'outils inclus dans le contrat, opérés par nous ou nos partenaires et en lien avec le coût des soins, le parcours médical ou des situations de fragilités - La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à votre destination et celle des <u>membres de votre famille</u> (Aucune prospection commerciale n'est réalisée en présence d'un courtier apporteur.)	- Nos services dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données - Les sous-traitants éventuels - Les délégataires de gestion - Les intermédiaires d'assurance - Les réassureurs et coassureurs - Les organismes professionnels habilités - Les partenaires - Les sociétés extérieures	- des finalités pour lesquelles les données sont collectées - de la durée de la relation contractuelle et de la typologie de contrat - de nos obligations légales - des prescriptions légales et réglementaires applicables de conservation
Données relatives à votre santé : le Numéro de Sécurité sociale (le « NIR ») et celui des <u>membres de votre famille</u>	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	- Notre Service médical et toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical - Acteurs de la protection sociale conformément à la liste fournie à l'article 2.A.1°) du Décret n° 2019-341 du 19 avril 2019	

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

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

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

A ce titre, vos données personnelles relatives à votre santé et celles des membres de votre famille sont traitées dans des conditions :

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

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

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

- via le site internet Malakoff Humanis dans l'onglet dédié « Exercer mes droits »
- par mail à dpo@malakoffhumanis.com

ou

- par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

Vous êtes informés que dans le cadre de la fiabilisation et de l'enrichissement de nos bases de données au moyen d'un processus sécurisé de mutualisation des données, vos données relatives aux adresses électroniques et postales personnelles pourront être partagées entre l'AMAE et Malakoff Humanis.

Vous et les membres de votre famille pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL, et vous opposer au démarchage téléphonique en suivant les démarches distinctes indiquées dans la Politique de protection de Malakoff Humanis disponibles aux coordonnées ci-dessus.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

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

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

Autorité de contrôle

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



LES SIGNATAIRES :

L'Association (souscripteur) : le signataire du contrat.

Nous (l'assureur ou son représentant à qui il délègue la gestion) :

Malakoff Humanis Mutuelle

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité

SIREN n° 784 718 256 RCS Paris

Dont le siège social est situé 21 rue Laffitte, 75009 PARIS

Le contrat est régi par le Code de la Mutualité.

VOUS ET VOTRE FAMILLE :

Vous, la personne assurée : la personne adhérente de l'Association qui bénéficie des garanties.

Votre famille, les membres de votre famille (ayants droit) : les autres personnes qui bénéficient en fonction de la structure de cotisations choisie par l'Association des garanties en leur qualité :

■ de conjoint :

- votre époux ou épouse 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, votre partenaire lié(e) par un pacte civil de solidarité (PACS), non dissout et non rompu,
- ou à défaut, votre concubin(e) au sens de l'article 515-8 du Code civil, célibataire, divorcé ou veuf, s'il réside sous le même toit que vous (l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi) et **sous réserve** que vous et votre concubin(e) soyez libres de tout engagement (mariage ou PACS).

■ d'enfant à charge :

Vos enfants ou ceux de votre conjoint qui remplissent les conditions suivantes :

- être fiscalement à votre charge (c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire déduite fiscalement de votre revenu global ou de celui de votre conjoint)
- et bénéficier d'un régime de Sécurité sociale (du fait de votre affiliation à la Sécurité sociale ou de celle de votre conjoint ou d'une affiliation personnelle)
- et être âgés de moins de 21 ans.

Cette limite d'âge est portée à 28 ans s'ils :

- poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres qui proviennent d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 55 % du SMIC,
- bénéficient d'une allocation en faveur des personnes en situation de handicap ou qui sont titulaires de la carte mobilité inclusion (CMI) invalidité **sous réserve** que l'invalidité ait été reconnue avant les limites d'âge prévues ci-dessus.

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

■ d'ascendant à charge :

Vos ascendants, père et mère, à charge, ainsi que ceux de votre conjoint qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être bénéficiaire d'un régime de Sécurité sociale,
- être fiscalement à votre charge ou à la charge de votre conjoint, c'est à dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevoir une pension alimentaire déduite fiscalement de votre revenu global ou de celui de votre conjoint.

DEFINITIONS :

(Inscription) Affiliation : À partir de votre inscription vous bénéficiez des garanties et vous devez payer vos cotisations.

Appairage : Processus qui permet d'ajuster les 2 verres de vos lunettes pour une meilleure utilisation (verres centrés et alignés).

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

Communication dématérialisée : Nous communiquons progressivement de façon dématérialisée via votre Espace Client ou par email, pour la gestion de votre contrat ou de votre affiliation.

Vous pouvez demander à tout moment à revenir à une communication exclusivement sous format papier en nous contactant.

Contrat socle : Contrat collectif complémentaire qui intervient immédiatement après la Sécurité sociale et avant un éventuel contrat surcomplémentaire.

Contrat surcomplémentaire : Contrat qui intervient sous déduction du remboursement opéré par la Sécurité sociale et le contrat socle dans la limite des frais réels.

Contrat responsable : Contrat qui respecte les conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale et les critères de la couverture minimale prévus aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même Code.

Contrat non responsable : Contrat qui ne respecte pas les obligations du cahier des charges "contrat responsable", prévues aux articles L. 871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Dénonciation : Faculté de résilier le(s) contrat(s) qui se renouvelle(nt) automatiquement tous les ans.

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

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

Franchise : Somme déduite par la Sécurité sociale – et non prise en charge par le contrat responsable - de vos remboursements sur les médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires.

Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : Ce montant est calculé ainsi :
[Base de remboursement (BR)] x [Taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale].

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

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

Participation forfaitaire : Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale et par le contrat responsable, que vous devez en tant qu'assuré social pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

Plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) : Montant de référence, fixé par les pouvoirs publics et qui évolue chaque année au 1^{er} janvier. Il est utilisé pour le calcul du montant des cotisations. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.

Renonciation : Faculté de renoncer à votre inscription dans les 30 jours du début de celle-ci.

Reste à charge : Part des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de la Sécurité sociale et de l'assureur.

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.

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 médicaux par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

Sécurité sociale (Régime obligatoire) : Régime général ou local de Sécurité sociale française.

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

Ticket modérateur : Participation de l'assuré aux tarifs définis par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. C'est la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant réellement remboursé par celle-ci.

Fait à Paris, le 26 juin 2026.



DOCUMENT A REMETTRE A L'AMAE

Je soussigné(e), _____

certifie avoir reçu de mon Association la notice d'information relative au contrat frais de santé facultatif responsable
n° M3 / Q10420-0001-S auquel il a souscrit auprès de Malakoff Humanis Mutuelle.

A _____ le _____

Signature



MALAKOFF HUMANIS MUTUELLE

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité
Siège : 21 rue Laffitte, 75009 PARIS
N° SIREN 784 718 256

AUXIA ASSISTANCE

Société Anonyme au capital de 1 780 000 €
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris
351 733 761 RCS Paris