



Nous contacter :

MALAKOFF HUMANIS

303 RUE GABRIEL DEBACQ

45777 SARAN CEDEX

Tél : 0800 232 234 (Service & Appel gratuits)

du lundi au vendredi de 9H00 à 18H00

Votre Espace Client sur malakoffhumanis.com

MME THOMAS ANNE MARIE

67 BD EXELMANS

75016 PARIS

Paris, le 29 octobre 2021

Objet : Cotisations et garanties Frais de santé 2022

Adhèrent : 15072569

Contrat(s) Santé : 841610

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez et espérons que les prestations et les services que nous vous apportons, durant cette période hors norme, répondent à vos attentes.

Comme vous le savez, nous avons à cœur de toujours mieux vous protéger. C'est pourquoi, nous nous sommes immédiatement mobilisés pour aider et accompagner celles et ceux qui ont subi les conséquences de cette crise, au plan sanitaire mais aussi au plan social et économique.

Fidèles à nos valeurs et à nos convictions, et comme nous vous l'avons annoncé dans notre précédent courrier, nous avons décidé de prolonger cette mobilisation exceptionnelle au titre de la solidarité.

Nous avons ainsi le plaisir de vous confirmer que pour l'année 2022 nous maintenons le taux de cotisation de votre contrat Frais de santé au même niveau que celui de 2021*, une décision rendue possible par la solidité financière de notre Mutuelle et de notre Groupe.

Nous vous rappelons, par ailleurs, que pour prendre soin de votre santé, réaliser des économies et faciliter vos démarches vous avez également accès à de nombreux services :

- accès à un large réseau d'opticiens, de chirurgiens-dentistes, d'audioprothésistes, d'ostéopathes et d'établissements hospitaliers,
- mise à disposition de plateformes partenaires spécialisées en médecine douce et en soins à domicile,
- aides personnalisées dans le cadre de notre accompagnement social...

Des services que vous pouvez retrouver, à tout moment, dans votre Espace Client.

Vous trouverez dans la lettre-avenant jointe à ce courrier :

- Vos cotisations (1) pour l'année 2022 avec un montant calculé sur une périodicité mensuelle (votre périodicité de paiement reste inchangée et un avis d'échéance 2022 vous sera adressé en fin d'année).
- Les modifications de votre contrat, applicables dès le 1er janvier 2022.

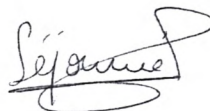
Nous vous rappelons que votre contrat Frais de santé est renouvelable chaque année par tacite reconduction. Vous pouvez le résilier dans un délai de 20 jours, à compter de la date d'envoi de ce courrier (le cachet de la poste faisant foi), ou à tout moment si vous avez souscrit votre contrat depuis plus d'un an.

Nos conseillers se tiennent, bien sûr, à votre disposition pour vous apporter toutes les précisions nécessaires à la compréhension de cette lettre-avenant.

Nous espérons que cette décision témoignera de notre soutien et de notre engagement solidaire à vos côtés.

Nous vous remercions de votre fidélité.

Bien cordialement,



Peggy Séjourné
**Directrice des opérations d'Assurance
et de la Relation Clients**

En 2022, nous continuerons à vous accompagner avec toujours plus de protection et de services. Nous nous engageons aussi à simplifier vos démarches en vous proposant un Espace Client plus clair, plus simple, accessible depuis notre site malakoffhumanis.com ou en téléchargeant l'appli Malakoff Humanis depuis l'App Store ou Google Play.

(1) si vous bénéficiez d'un allègement de cotisation, celui-ci viendra en déduction de ce montant

***Si votre contrat prévoit une évolution du montant des cotisations en fonction de votre âge, celui-ci augmentera en 2022 uniquement pour prendre en compte votre changement de tranche d'âge, effectif sur l'année 2022.**

AVENANT AU CONTRAT N° 841610

ARTICLE 1. OBJET ET DATE D'EFFET

L'objet de cette lettre avenant est de modifier à effet du 1er janvier 2022 :

- les cotisations de votre contrat ;
- certaines dispositions de votre contrat liées à des évolutions législatives, réglementaires et de nos règles de gestion. Celles-ci sont mentionnées dans la partie « modifications du contrat » de la lettre avenant et valent additif à la notice d'information.

ARTICLE 2. COTISATIONS

Le montant des cotisations mensuelles est révisé comme suit, à effet du 1er janvier 2022 :

187,06 €

ARTICLE 3. AUTRES DISPOSITIONS

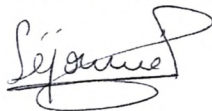
Les autres dispositions de votre contrat demeurent inchangées.

Le présent avenant en ce compris la partie « modifications du contrat », est annexé à votre contrat dont il fait partie intégrante.

Fait à Blois, le 29 octobre 2021

L'ORGANISME ASSUREUR

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE



Peggy Séjourné
**Directrice des opérations d'Assurance
et de la Relation Clients**

A conserver avec votre (vos) contrat(s)

LETTRE AVENANT A VOS CONDITIONS GENERALES VALANT ADDITIF A LA NOTICE D'INFORMATION ÉVOLUTIONS DU CONTRAT AU 1ER JANVIER 2022

DENONCIATION DE L'AFFILIATION ET RESILIATION DU CONTRAT

Les dispositions du contrat relatives à la résiliation et la dénonciation sont complétées de la façon suivante :

L'assuré peut dénoncer son affiliation (et par conséquent celle de l'ensemble de ses ayants droit), selon les mêmes modalités que celles prévues en cas de résiliation du contrat :

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

Lorsque le contrat est résilié, l'assuré, **n'est redevable que de la partie de cotisation correspondante à la période pendant laquelle le risque est couvert**. Cette période est calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

Si une fraction de cotisation s'avère avoir été payée d'avance, celle-ci est alors remboursée.

PIECES JUSTIFICATIVES

Les dispositions relatives aux pièces justificatives sont modifiées de la façon suivante :

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

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

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

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

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

- **Pour la liquidation de certains actes complexes :**

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

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

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

Domaine de prise en charge	Justificatifs à fournir sur demande de l'assureur
Traitement par Noémie	
Hospitalisation	• Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés • Justificatif de la demande de la chambre particulière par l'assuré et de son montant • Le cas échéant, le devis accepté par l'assuré avec les dépassements d'honoraires pour les actes médicaux
Cure thermique	• Facture acquittée et détaillée mentionnant l'ensemble des dépenses y compris les frais de transport et d'hébergement
Optique	• Devis détaillé et accepté par l'assuré • Facture détaillée et acquittée • Le cas échéant, prescription médicale initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue • Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'opticien
Dentaire	• Devis détaillé et accepté par l'assuré • Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Aide auditive	• Devis détaillé et accepté par l'assuré • Facture détaillée et acquittée par l'assuré • Le cas échéant, prescription médicale • Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'audioprothésiste
Maternité	• Photocopie du livret de famille ou acte de naissance
Adoption	• La copie du jugement d'adoption plénière

Traitement hors Noémie	Justificatifs à fournir dans tous les cas
Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	• Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.
Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale	• Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état¹ dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI ou RPPS³
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale ²	• Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée et précisant le nom du produit

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

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

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

TIERS PAYANT

Les dispositions du contrat relatives au tiers payant sont modifiées de la façon suivante :

La mise en œuvre du tiers payant

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

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

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

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

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

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

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

La carte de tiers payant et sa version dématérialisée

L'organisme assureur adresse une carte de tiers payant qui mentionne notamment :

- le numéro d'adhérent/identifiant de l'assuré lui permettant de se connecter à son espace client pour consulter ses remboursements ou fournir des pièces justificatives,
- les coordonnées de l'organisme assureur.

A compter du jour où les garanties cessent, l'assuré et ses éventuels ayants-droit ne doivent plus utiliser leur carte de tiers payant et doivent en informer les professionnels de santé auprès desquels leur carte aurait été enregistrée (exemple : Pharmacien).

Si des versements sont effectués à tort par l'organisme assureur auprès des professionnels de santé, l'assuré devra les rembourser.

La carte de tiers payant peut également être consultée ou téléchargée par l'assuré sous format dématérialisé depuis son Espace client (accessible sur PC, tablette, smartphone ou application mobile).

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

FORFAIT PATIENT URGENCE

Le lexique des conditions générales est complété de la façon suivante :

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

Désormais, la facturation est modifiée et fixée forfaitairement quels que soient les actes et soins médicaux. Le remboursement est réalisé dans les mêmes conditions que l'était celui du ticket modérateur.