



NOTICE D'INFORMATION SANTÉ

THALES

Garanties réservées à l'ensemble du personnel • Edition Mars 2019



SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE

THALES



► OBJET

Le présent régime Frais de santé a pour objet de servir aux salariés des entreprises du groupe THALES y compris les impatriés rattachés à la Sécurité sociale française (ci-après dénommés participants) et à leurs ayants droit, des prestations complémentaires s'ajoutant aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

Il intervient également pour certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale exclusivement lorsque ceux-ci sont nommément définis dans le tableau des prestations. Les prestations servies par le régime sont définies dans les tableaux ci-après, et **s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale ou le cas échéant, par tout autre organisme.**

Toutefois, les prestations versées par Humanis Prévoyance à un participant pour lui-même ou pour ses ayants droit sont, dans tous les cas, limitées pour chaque acte, aux frais réels engagés.

Pour les prestations exprimées en pourcentage du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale), le montant du plafond retenu est celui en vigueur au 1^{er} janvier de l'année de l'événement.

Humanis Prévoyance ne prend en considération pour le calcul de ses prestations, que les frais réels qui figurent sur le décompte de la Sécurité sociale (sauf dispositions prévues dans les tableaux pages 4 et 5). **Les honoraires non déclarés à la Sécurité sociale ne sont pas remboursés par Humanis Prévoyance.**

Les prestations ne sont versées que pour les soins survenus postérieurement à la date de l'affiliation, pendant la durée de l'affiliation et sur présentation des justificatifs énoncés pages 7 et 8.

Les présentes dispositions sont établies en considération de la législation de la Sécurité sociale en vigueur.

► PRISE D'EFFET DES GARANTIES

L'affiliation du participant prend effet :

- ✦ à la date de prise d'effet du contrat lorsque le participant est inscrit à cette date dans les effectifs du Groupe THALES ;
- ✦ à sa date d'embauche.

► BÉNÉFICIAIRES

Le régime Frais de santé garantit les personnes suivantes :

- ✦ le participant lui-même ;
- ✦ le conjoint du participant non divorcé, non séparé de corps judiciairement, à défaut son partenaire au titre d'un Pacte civil de solidarité (PACS) au sens des articles 515-1 et suivants du Code civil, à défaut son concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, assuré social ou non, sous réserve que :
 - ✦ le participant partenaire d'un PACS fournisse l'attestation d'inscription de la déclaration faite auprès du Greffe du Tribunal d'Instance ;
 - ✦ le participant en concubinage justifie du caractère stable et notoire de cette union de fait.
- ✦ ses enfants à charge.

Les enfants à charge fiscale du participant, légitimes, reconnus adoptifs ou recueillis et ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement (ou à défaut de conjoint ceux de son partenaire Pacs, ou à défaut de partenaire Pacs son concubin), pris en compte pour l'application du quotient familial ou pour lesquels il(s) verse(ent) une pension alimentaire déduite fiscalement de son (leur) revenu global et à condition :

- ✦ qu'ils soient âgés de moins de 18 ans ;
- ✦ ou qu'âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - ✦ ils poursuivent leurs études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé et qu'à ce titre ils soient affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime de base obligatoire de l'Assurance maladie (si l'enfant effectue ses études à l'étranger, les prestations versées par l'institution sont calculées sur la base de remboursement de la Sécurité sociale française ; ces dispositions s'appliquent pour tout enfant affilié auprès d'un régime de Sécurité sociale français ou dans un pays disposant d'accords avec la France) ;
 - ✦ ou à défaut, ils justifient d'un apprentissage ou d'un contrat de formation en alternance (notamment contrat de professionnalisation) ;
 - ✦ ou à défaut, ils soient en insertion dans la vie professionnelle tel que prévu par la législation sociale ;
 - ✦ ou à défaut, ils soient inscrits auprès du Pôle emploi comme demandeur d'emploi immédiatement à l'issue de leurs études ou de leur formation professionnelle ;
- ✦ sans limite d'âge, s'ils sont reconnus avant l'âge de 26 ans handicapés ou en état d'incapacité de travail. L'état d'incapacité est celui qui entraîne une impossibilité physique temporaire ou permanente et consécutive à une maladie ou à un accident de se procurer des revenus par l'exercice d'une profession quelconque ;
- ✦ Engagés volontaires en service civique (entre 16 et 25 ans) pour la durée de leur engagement (avec ou non poursuite des études) et sous réserve qu'ils n'occupent pas un emploi à temps partiel.

Dans les conditions précédemment définies, les enfants sont considérés comme étant à charge :

- ✦ jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 18^e ou 26^e anniversaire ou, s'ils sont étudiants, jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur 26^e anniversaire ;
- ✦ jusqu'à la fin du trimestre civil suivant celui de la fin des études ou de l'état d'incapacité de travail ;
- ✦ jusqu'à ce qu'ils ne remplissent plus les conditions de primo demandeurs d'emploi ;
- ✦ jusqu'au terme de leur engagement au titre du service civique.
- ✦ les personnes autres que celles décrites ci-dessus : les ascendants, descendants ou collatéraux (jusqu'au 3^{ème} degré) du participant vivant sous le toit du participant.

► PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS ET CONTRATS RESPONSABLES

Définition du parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés consiste pour le participant (âgé de plus de 16 ans) à choisir et désigner à sa CPAM un médecin traitant qu'il consulte en premier lieu en cas de problème de santé.

Si cela s'avère nécessaire, c'est le médecin traitant qui orientera le participant vers un autre praticien spécialiste (médecin correspondant).

Si le participant respecte cette procédure de consultations, il est considéré « dans le parcours de soins », sinon, notamment s'il consulte un autre praticien sans passer par son médecin traitant, il est considéré « hors parcours de soins ».

Situations particulières

Le participant ou son ayant droit n'est pas considéré « hors parcours de soins » s'il consulte un médecin autre que son médecin traitant dans les cas suivants :

- ❖ lorsqu'il est éloigné de son lieu de résidence habituelle ;
- ❖ en cas d'urgence ;
- ❖ lorsque les actes et consultations sont assurés par le médecin remplaçant du médecin traitant ;
- ❖ lorsqu'il consulte directement un médecin généraliste installé depuis moins de 5 ans ;
- ❖ pour les actes et consultations effectués par un médecin en consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie, ou de lutte contre les toxicomanies.

Certains spécialistes peuvent être consultés directement sans que le patient ne soit considéré « hors parcours de soins » :

- ❖ les psychiatres et neuropsychiatres (uniquement pour les personnes âgées de moins de 26 ans) ;
- ❖ les chirurgiens dentistes et les auxiliaires médicaux.

C'est également le cas pour un certain nombre d'actes effectués par les gynécologues médicaux et obstétriciens et les ophtalmologues.

La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins ne peuvent être pris en charge au titre des contrats responsables.

Contrat solidaire et responsable

Le contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre aux définitions de « contrat solidaire ».

Les garanties du présent contrat respectent le cahier des charges du « Contrat Responsable » tel que défini aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. À ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, l'Institution ne rembourse pas :

- ❖ conformément à l'article L. 160.13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale ;
- ❖ conformément à l'article L. 160.13 II du Code de la Sécurité sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 321-1 du Code de la Sécurité sociale).

► DÉFINITIONS

Base de Remboursement (BR) :

Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale. Les montants correspondant aux différents actes sont disponibles sur le site www.ameli.fr.

Contrat d'Accès aux Soins (CAS) :

Certaines garanties font l'objet d'une prise en charge différenciée selon que le médecin est signataire ou non du CAS. Le CAS est un contrat conclu par le médecin de secteur 2, par le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de secteur 1 disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2, ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'Assurance maladie.

OPTAM/OPTAM-CO :

La nouvelle convention médicale publiée au Journal Officiel, du 23 octobre 2016, remplace l'ancien « Contrat d'Accès aux soins » par l'« OPTAM » : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / « OPTAM-CO » (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique). L'OPTAM/OPTAM-CO est un contrat signé entre la Sécurité sociale et les médecins libéraux autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires.

Ce dispositif engage les médecins signataires à ne pas augmenter leurs honoraires libres et à facturer une partie de leurs consultations à hauteur de la Base de Remboursement (BR). Les contrats responsables imposent une garantie différenciée selon que le médecin a signé ou non l'OPTAM/OPTAM-CO. Au 1^{er} mai 2017, la consultation chez un médecin généraliste signataire est ainsi remboursée sur la base de 28 €, contre 25 € pour les non signataires, d'où l'intérêt pour les patients de vérifier la situation de leur médecin avant toute consultation.

Pour savoir si votre médecin est signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO, rendez-vous sur annuaire.sante.ameli.fr

Optique :

Dans le cadre du contrat responsable et solidaire, la prise en charge de l'équipement optique remboursé par la Sécurité sociale est limitée à un équipement tous les deux ans, composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue. Le calcul de la période s'apprécie sur 24 mois glissants (ou 12 mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le participant.

Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verres ou monture) et s'achève deux ans après.

Professionnels non conventionnés :

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'Assurance maladie obligatoire, les remboursements complémentaires au titre du contrat sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) :

Le tarif forfaitaire de responsabilité est un tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments. Il est destiné à prendre en charge, sur la base d'un tarif unique, des produits équivalents en termes d'efficacité (médicaments génériques et médicaments de marque). Il est calculé à partir du prix des médicaments génériques les moins chers.

► Tableau des prestations contractuelles au 1^{er} janvier 2019

Les garanties s'entendent y compris les remboursements de la Sécurité sociale, sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale.

Toutefois, les prestations versées par Humanis Prévoyance à un participant pour lui-même ou pour ses ayants droit sont, dans tous les cas, **limitées pour chaque acte, aux frais réels restant à charge** après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, de tout autre organisme.

SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	Régime Thales OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾	Régime Thales non OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾
Consultations et visites, généralistes	250 % BR	200 % BR
Consultations et visites, spécialistes	450 % BR	200 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité	100 % FR	200 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie	100 % FR	200 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % FR	100 % FR
Auxiliaires médicaux - Conventionnés	100 % FR	100 % FR
Auxiliaires médicaux - Non conventionnés	95 % FR (Mini : 100 % BR)	100 % FR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale	450 % BR	100 % FR
Autre appareillage remboursé par la Sécurité sociale (ex : orthèses, semelles orthopédiques, ceintures lombaires, bas de contention : classe I,II et III...)	450 % BR	100 % FR
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE y compris maternité (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	Régime Thales OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾	Régime Thales non OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾
Honoraires	100 % FR	200 % BR
Frais de séjour	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	3,5 % PMSS/jour	100 % FR
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	3,5 % PMSS/jour	100 % FR
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR
Séjour en maison de repos accepté par la Sécurité Sociale	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	pris en charge	100 % FR
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR ou TFR	100 % FR
TRANSPORT		
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % FR	100 % FR
FRAIS D'OPTIQUE		
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)⁽⁴⁾. Remboursement maximum pour la monture de 150 €		
Équipement avec 1 monture + 2 verres simples ⁽³⁾	470 €	100 % FR
Équipement avec 1 monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ⁽³⁾	610 €	100 % FR
Équipement avec 1 monture + 2 verres complexes ⁽³⁾	750 €	100 % FR
Équipement avec 1 monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe ⁽³⁾	660 €	100 % FR
Équipement avec 1 monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe ⁽³⁾	800 €	100 % FR
Équipement avec 1 monture + 2 verres très complexes ⁽³⁾	850 €	100 % FR
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR + 12 % PMSS/an/bénéficiaire	100 % FR
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	12 % PMSS/an/bénéficiaire	100 % FR
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	50 % FR limité à 20 % du PMSS/œil plus en complément si restant à charge : 60 % FR limité à 600 €/œil	100 % FR

FR : Frais réels - BR : Base de remboursement - PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale au 1^{er} janvier de l'année - TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité

La contribution forfaitaire, à la charge du participant instaurée par la réforme de l'Assurance maladie pour tout acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, dont le montant est fixé par décret à 1 € et limité à 4 € par jour lorsque les actes ou consultations sont réalisés par un même professionnel de santé, n'est pas prise en charge par l'Institution.

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) OPTAM / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique) : elles remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2018, le contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.

(3) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ +4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la zone est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

(4) Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le participant. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres). Celle-ci débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

FRAIS DENTAIRES

Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	470 % BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	500 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale :	
- Couronnes, bridges et inter de bridges	550 % BR
- Inlay-Cores	370 % BR
- Couronnes sur implant	550 % BR
- Prothèses dentaires amovibles	550 % BR
- Réparations sur prothèses	550 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :	
- Couronnes	18,6 % du PMSS/acte
- Bridges	48,9 % du PMSS/acte
- Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	2,2 % du PMSS/acte
- Prothèses dentaires provisoires	2,4 % du PMSS/acte
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	550 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale -18 ans	550 % BR reconstituée
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale +18 ans	50 % FR limité à 250 % BR reconstituée
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 10 % du PMSS/an/personne
Endodontie non remboursée par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 10 % du PMSS/an/bénéficiaire
Implantologie :	65 % FR limité à 25 % du PMSS/implant limité à 6/an/ personne répartis comme suit :
	Implant : 65 % FR limité à 15 % du PMSS/implant limité à 6/an/personne
	Pilier implantaire : 65 % FR limité à 10 % du PMSS/pilier limité à 6/an/personne

AUTRES SOINS

Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale	12 % PMSS/an/bénéficiaire
Analyses hors nomenclature	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge : 60 % FR limité 120 €/an/bénéficiaire
Radiologie hors nomenclature	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge : 70 % FR limité à 70 €/acte dans la limite de 300 €/an/bénéficiaire
Péridurale non prise en charge par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire
Psychomotricité, psychothérapie et psychologue	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge : 60 % FR limité à 45 €/séance dans la limite de 450 €/an/bénéficiaire
Psychomotricité, psychothérapie et psychologue pour enfant	50 % FR limité à 7 % du PMSS/ an/bénéficiaire + en complément si restant à charge 65 % FR limité à 50 €/séance dans la limite de 950 €/an/bénéficiaire
Ostéopathie, acupuncture ⁽⁵⁾ , chiropractie et kinésithérapie méthode Mézières	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge : 70 % FR limité à 50 €/séance dans la limite de 400 €/an/bénéficiaire
Étiopathie	17 % PMSS/an/bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR
Traitement anti-tabac non remboursé par la Sécurité sociale	70 % FR limité à 150 €/an/bénéficiaire
Pilules contraceptives non remboursées par la Sécurité sociale	80 % FR limité à 60 €/trimestre/bénéficiaire
Pédicurie : uniquement pour les ongles incarnés et les hallux-valgus	50 % FR limité à 6 actes/an/bénéficiaire
Actes de prévention ⁽⁶⁾	100 % FR

(5) Les soins d'acupuncture ne sont pris en charge que s'ils ont été dispensés par un médecin conventionné.

(6) Les actes de prévention pris en charge sont :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire (prise en charge limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans).
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées : Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; Coqueluche : avant 14 ans ; Hépatite B : avant 14 ans ; BCG : avant 6 ans ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

► RISQUES EXCLUS

Sont exclus et n'entraînent aucun paiement à la charge de Humanis Prévoyance les sinistres résultant :

- ❖ d'interventions de chirurgie esthétique et de rajeunissement ; ne sont pas visés par cette exclusion les interventions de chirurgie plastique liées à une maladie ou un accident sous réserve qu'elles soient prises en charge par la Sécurité sociale et pour lesquelles le médecin-conseil de l'institution a rendu un avis favorable ;
- ❖ d'interventions de chirurgie liées à une transformation sexuelle ;
- ❖ d'interventions chirurgicales résultant de blessures ou lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur.

Ces exclusions ne s'appliquent pas aux actes visés par les obligations de prise en charge minimales fixées aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

► PROCÉDURE NOÉMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Externes)

Cette procédure consiste, sur demande, en la télétransmission directe et automatique à l'institution par la Sécurité sociale de l'image informatique de son décompte papier le jour même du traitement, d'où une réduction des délais de remboursement.

Il n'est plus nécessaire d'attendre de recevoir le décompte papier de la Sécurité sociale pour le transmettre ensuite à l'institution, seuls les justificatifs indiqués en pages 7 et 8 sont à adresser à l'institution pour le versement des prestations.

Cette procédure est ouverte au participant et à ses ayants droit remboursés par le régime général de la Sécurité sociale et qui n'ont pas de régime complémentaire personnel (si tel est le cas, le dossier à rembourser doit être envoyé en priorité à leur organisme propre). La demande doit être effectuée sur le bulletin d'affiliation.

Les échanges Noémie ne concernent pas les travailleurs non salariés (commerçants, artisans...) ainsi que les assurés à un régime spécial de Sécurité sociale (agricole, SNCF...). Pour les enfants inscrits auprès de certains régimes étudiants, des échanges Noémie sont désormais possibles.

Pour en bénéficier, merci d'en faire la demande par écrit auprès de Humanis Prévoyance.

Si le participant ne bénéficie pas de la procédure Noémie, ou ne souhaite pas en bénéficier, ses ayants droit ne pourront pas en profiter.

► TIERS PAYANT ÉTENDU

Humanis Prévoyance met à disposition du participant et ses bénéficiaires un service de dispense de Frais de santé sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

Les professionnels de santé auront la liberté de proposer ou non le tiers payant. La dispense d'avance des Frais de santé est limitée au tarif de responsabilité sauf mention spécifique indiquée sur la carte de tiers payant.

Le participant et ses bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le participant et ses bénéficiaires qui n'utilisent pas leur carte de tiers payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursé par Humanis Prévoyance.

Ce système de délégation de paiement permet, dans les départements de France métropolitaine et d'Outre mer, de ne pas faire l'avance des frais de pharmacie, de laboratoire, de radiologie, d'auxiliaires médicaux, de soins externes et d'optique dans les conditions prévues par le régime. Les professionnels de santé restent libres d'accepter ou de refuser l'application du tiers payant.

Pour bénéficier de ce système, une attestation ou une carte de tiers payant vous sera délivrée.

► RÉSEAU DE SOINS ITELIS

Dans vos services en ligne, sur votre Espace client, un **outil de géolocalisation** vous aide à localiser les professionnels de santé vous permettant d'obtenir le tiers payant iSanté :

- ❖ par catégorie (laboratoires, radiologies...),
- ❖ par code postal, département ou ville,
- ❖ par adresse (recherche d'un professionnel de santé proche de votre domicile...).

Itelis Dentaire : vous bénéficiez d'avantages chez les dentistes du réseau Itelis :

- ❖ jusqu'à 15 % d'économie sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridges),
- ❖ jusqu'à 25 % d'économie sur un traitement implantaire,
- ❖ tarif à partir de 1 400 € pour un acte complet d'implantologie (implant, pilier, couronne),
- ❖ le remplacement de l'implant en cas de rejet.

Itelis Audioprothèse : vous bénéficiez d'avantages chez les audioprothésistes du réseau Itelis :

- ❖ 25 % en moyenne sur les prothèses auditives,
- ❖ tiers payant (selon les garanties prévues dans le contrat),
- ❖ garantie 2 mois « satisfait ou échange » (sauf embouts),
- ❖ prêt gracieux d'un appareil auditif en cas de réparation ou de remplacement.

Itelis Optique : vous bénéficiez d'avantages chez les opticiens du réseau Itelis.

- ❖ tarifs négociés sur les verres (moyenne de - 30 à - 40 %) et sur les montures (- 15 %),
- ❖ garantie casse deux ans sans franchise,
- ❖ deuxième paire de lunettes à 1€ (selon offre commerciale du magasin),
- ❖ contrat adaptation des verres progressifs et des lentilles.

Pour trouver un professionnel de santé Itelis, 2 solutions :

- ✦ Connectez-vous à votre Espace client sur humanis.com et trouvez un professionnel de santé partenaire Itelis le plus proche depuis la rubrique « Outils et Services ».
- ✦ Rendez-vous dans l'application mobile Humanis Appli Santé, rubrique « Trouver un professionnel de santé » pour géolocaliser rapidement un professionnel de santé Itelis à proximité.

Si vous n'utilisez pas votre carte tiers payant, pensez à demander auprès du professionnel de santé une facture pour être remboursé par Humanis Prévoyance.

► HOSPITALISATION / PRISE EN CHARGE

Le système de la prise en charge permet au participant et à ses ayants droit de ne pas avoir à faire l'avance des frais remboursés par Humanis Prévoyance en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale :

- ✦ en **service public** des hôpitaux ;
- ✦ dans une **clinique conventionnée**.

Toutefois, ne sont pas prises en charge les dépenses personnelles (téléphone, télévision...). Sur demande de l'établissement de soins ou du participant, Humanis Prévoyance adresse un « accord de prise en charge » à l'établissement et une copie pour information au domicile du participant.

► JUSTIFICATIFS À FOURNIR POUR ÊTRE REMBOURSÉ

Le tableau ci-après précise pour chaque acte les justificatifs attendus par notre institution pour rembourser vos dépenses de santé.

Vous bénéficiez de la télétransmission NOEMIE

La mention « Ce décompte a été transmis à Humanis Prévoyance » sur vos décomptes santé de Sécurité sociale vous confirme que votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie nous transmet automatiquement vos décomptes santé. Vous n'avez donc pas besoin de nous les adresser à nouveau. Vos factures suffisent pour obtenir vos remboursements.

Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission NOEMIE

Dans ce cas, vous devez obligatoirement nous adresser vos décomptes santé de Sécurité sociale, en plus de vos factures.

Cas particulier : si vous êtes couvert par deux contrats de complémentaire santé, vous devez également nous transmettre le décompte santé de votre 1^{er} organisme complémentaire.

BON À SAVOIR : Pour simplifier vos demandes de remboursement, pensez à demander la télétransmission NOEMIE !

Comment envoyer vos justificatifs à Humanis Prévoyance?

Nous vous recommandons de nous adresser l'ensemble de vos justificatifs via votre espace client, rubrique « messagerie/nous écrire ». Vos demandes de remboursement seront traitées en priorité !

	Avec télétransmission Noémie	Sans télétransmission Noémie
Hospitalisation :		
• en hôpital public	Avis des sommes à payer + Attestation de paiement	
• en clinique conventionnée	Bordereau de facturation délivré par la clinique, acquitté et signé des praticiens	
• en clinique non conventionnée	Facture détaillée et acquittée	Facture détaillée et acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
• forfait hospitalier	Facture acquittée	
Transports	Néant	Facture acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
Consultations, visites, pharmacie, analyses, laboratoires, petite chirurgie, radiologie, auxiliaires médicaux	Néant	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
Orthopédie, petit appareillage, prothèses auditives	Facture détaillée et acquittée	Facture détaillée et acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale
Cures thermales	Facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal + Facture détaillée et acquittée des frais d'hébergement et de transport	Facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal + Facture détaillée et acquittée des frais d'hébergement et de transport + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale



	Avec télétransmission Noémie	Sans télétransmission Noémie
Dentaire :		
• soins dentaires, parodontologie remboursés par la Sécurité sociale	Si dépassements d'honoraires ⁽¹⁾ , facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Si dépassement d'honoraires ⁽¹⁾ , facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées
• prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	Facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées
• parodontologie et prothèses non remboursés par la Sécurité sociale • implant et pilier implantaire	Facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées	
Dentaire :		
• orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	Facture acquittée indiquant la date de début et de fin du semestre de traitement	Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Facture acquittée indiquant la date de début et de fin du semestre de traitement
• orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	Facture acquittée indiquant la date de début et de fin du semestre de traitement <i>Attention, notre participation sur les frais d'orthodontie non remboursés par la sécurité sociale n'intervient qu'au terme de chaque semestre de traitement</i>	
Optique :		
	Facture détaillée et acquittée + Prescription médicale	Facture détaillée et acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Prescription médicale
• verres - monture	<i>Attention, en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue : Facture détaillée et acquittée + Ancienne et nouvelle prescriptions médicales ou Nouvelle prescription médicale et tout document de l'opticien précisant la correction de l'équipement précédent ou Prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction</i>	
• lentilles remboursées par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + Prescription médicale	Facture détaillée et acquittée + Décompte de remboursement de la Sécurité sociale + Prescription médicale
• lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	Prescription médicale + Facture détaillée et acquittée	
Autres soins		
	Prescription médicale (sauf pour l'ostéopathie, l'étiopathie, la chiropractie et la kinésithérapie méthode Mézières, et dans certains cas les vaccins) + Facture détaillée et acquittée sur laquelle figurent les coordonnées complètes du praticien (avec son numéro ADELI ou son numéro RPPS) ayant les diplômes requis pour dispenser les soins prescrits, ainsi que la date, la nature et la personne bénéficiaire des soins	

(1) Les consultations chez un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologiste ainsi que les soins dentaires peuvent faire l'objet d'un dépassement d'honoraires dans les situations suivantes :

- en cas d'une exigence particulière de votre part comme, par exemple, une consultation en dehors des horaires habituels du cabinet ;
- vous consultez un chirurgien-dentiste qui dispose d'un droit permanent à dépassement (DP) ;
- vous consultez un médecin stomatologiste qui exerce en secteur 2, dit secteur à honoraires libres.

Dans chacune de ces situations, votre chirurgien-dentiste ou votre médecin stomatologiste est tenu de vous en informer au préalable.

Si votre chirurgien-dentiste ou votre médecin stomatologiste appliquent les dépassements d'honoraires dans d'autres situations que celles mentionnées ci-dessus, vous serez remboursé sur la base du tarif conventionnel, c'est-à-dire dans la limite du ticket modérateur.



► VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le montant des remboursements Frais de santé est viré directement sur le compte bancaire du participant ou de son ayant droit et le décompte correspondant adressé à son domicile et/ou par mail. Afin d'enregistrer les coordonnées bancaires d'un ayant droit, le participant doit adresser à l'institution le RIB du bénéficiaire des remboursements, la copie de sa carte d'identité ainsi que l'accord signé par les deux parties. Vous devez impérativement signaler à l'institution vos changements d'adresse, de Caisse Primaire d'Assurance Maladie et/ou de compte bancaire.

► CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- ✦ suspension de votre contrat de travail non rémunérée et/ou indemnisée ou rupture de votre contrat de travail ;
- ✦ résiliation par l'entreprise adhérente des garanties auprès de l'institution ;
- ✦ suspension ou résiliation des garanties de l'entreprise par l'institution ;
- ✦ à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires, sauf en cas de cumul emploi-retraite.

► MAINTIEN DES GARANTIES

Réservistes

Par dérogation au paragraphe "Cessation des garanties" ci-dessus de la présente notice, les salariés en période de réserve militaire sur le sol français, continuent à bénéficier des garanties Frais de santé, malgré la suspension de leur contrat de travail.

Salariés en incapacité ou invalidité

Les participants percevant une indemnité complémentaire de Humanis Prévoyance pour incapacité de travail ou invalidité continuent, **s'ils ne perçoivent plus de salaire** ou en cas de licenciement pendant cette période d'indemnisation, à bénéficier à titre gratuit, **et au plus tard jusqu'à la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires**, des garanties Frais de santé dont ils bénéficiaient à la date de l'arrêt de travail.

Le maintien des garanties à titre gratuit cesse :

- ✦ à la date de guérison ou lorsque cesse le versement des indemnités journalières ou rentes d'invalidité servie par la Sécurité sociale ;
- ✦ à la reprise d'une fonction rémunérée totale ou partielle ;
- ✦ à la date du décès ;
- ✦ à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires.

L'exonération cesse en tout état de cause à la date d'effet de la démission ou de l'exclusion de l'entreprise.

Maintien au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale

Les participants dont le contrat de travail cesse (**à l'exclusion d'une rupture pour faute lourde**) et qui ouvre droit à indemnisation par

l'assurance chômage, bénéficient du maintien des garanties de protection sociale complémentaires auxquels ils étaient affiliés, **lors de la cessation de leur contrat de travail**.

Le cas échéant, le maintien des garanties est accordé aux ayants droit définis au contrat.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat intervenant durant la période de portabilité sont opposables au participant.

L'entreprise s'engage à informer le participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l'addenda modificatif de la notice d'information ou la nouvelle notice d'information établie par notre organisme.

Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation du participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondi au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois. En tout état de cause, l'affiliation du participant cesse de plein droit :

- ✦ à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle emploi, de décès),
- ✦ en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs prévus.

En cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause, l'affiliation du participant se poursuit jusqu'au terme du maintien de couverture au titre de la portabilité, excepté en cas de reprise des engagements de maintien par un nouvel assureur à la demande de l'entreprise.

Obligations déclaratives

Le participant s'engage à fournir à notre organisme :

- ✦ à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- ✦ trimestriellement, l'attestation de paiement des allocations chômage.

Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien de garanties sont couverts sans paiement de cotisations après la cessation de leur contrat de travail.

Ayants droit d'un participant décédé

Les ayants droit des participants décédés en activité bénéficient du régime au moment du décès bénéficient de la garantie Frais de santé des actifs pendant 12 mois, et ceci à compter du jour du décès du participant, **sauf demande contraire expresse** des ayants droit (demande écrite en recommandé avec accusé réception). THALES continuera à participer au financement du régime à hauteur de la répartition au moment du décès du participant. La cotisation est calculée sur le salaire de base du mois précédant le décès du salarié (salaire de base uniquement, à l'exclusion de la prise en compte du 13^e mois, de la prime d'ancienneté ou de la rémunération variable, ou de toute prime). Les ayants droit pourront demander à bénéficier, dans un délai inférieur de 6 mois suivant la fin du maintien de 12 mois des contrats individuels Frais de santé proposés par l'institution.

Autres maintiens de garanties

Les garanties dont bénéficiait le participant **s'interrompent à la date de rupture ou de suspension de son contrat de travail ou de fin de droit au titre de la portabilité**. Le participant peut alors, à son initiative, demander à conserver à titre personnel les garanties souscrites précédemment selon les conditions décrites dans la notice spécifique.

Retraités

Les participants retraités peuvent demander à bénéficier, dans un délai maximum d'un an, suivant la date de liquidation de la retraite, de la garantie Frais de santé des retraités (Régime Santé Sénior).

► FORMALITÉS GÉNÉRALES

Espace client Humanis : accessible depuis **humanis.com**, rubrique Particuliers

Adresse pour l'envoi des dossiers :

Humanis Prévoyance

Service Prestations santé

21 rue Roger Salengro

94132 Fontenay-sous-Bois cedex

Pour faciliter la gestion de votre dossier, pensez à joindre les justificatifs indiqués en pages 7 et 8.

Réclamations - médiation

Il est mis à votre disposition la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du contrat, à l'adresse suivante :

Humanis Prévoyance

Satisfaction Clients

303, rue Gabriel Debacq

45777 Saran cedex

Tél. :  **N°Cristal 0 969 39 74 74**

APPEL NON SURTAXE

À compter de la réception de la réclamation, notre organisme apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés. Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, notre organisme vous adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra vous être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois. Si un désaccord persistait après la réponse donnée par notre organisme et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, les bénéficiaires, ou avec l'accord de ceux-ci, notre organisme, peuvent saisir le Médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale (CTIP)

10, rue Cambacères - 75008 Paris

ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

Autorité de Contrôle

Humanis Prévoyance est contrôlée par l'ACPR (Autorité de Contrôle

Prudentiel et de Résolution) régie par le Code monétaire et financier - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

► BASE LÉGALE ET PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations collectives à adhésion obligatoire, objet du présent régime, sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance conformément à l'article L932-13 du Code de la Sécurité sociale.

Toutefois, ce délai ne court :

- ❖ en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution en a eu connaissance ;
- ❖ en cas de réalisation des risques garantis au titre des présentes dispositions générales, que du jour où les intéressés en ont connaissance s'ils prouvent qu'ils les ont ignorés jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent contre l'institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par :

- ❖ l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception concernant l'action en paiement des cotisations ou des prestations et la désignation d'un expert ;
- ❖ la citation en justice ;
- ❖ l'impossibilité d'agir ;
- ❖ la reconnaissance par l'institution (ou le participant) du droit du participant (ou de l'institution) contre lequel il prescrivait ;
- ❖ la reconnaissance de dettes.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- ❖ la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- ❖ la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même Code,
- ❖ un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même Code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- ❖ en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation : de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception par notre organisme assureur à l'entreprise adhérente, lorsque celle-ci assure le précompte de la cotisation au titre du contrat collectif ou au participant, lorsque l'entreprise adhérente n'assure pas ce précompte ou en présence d'un contrat individuel,
- ❖ en ce qui concerne le règlement de la prestation : de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception par le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'organisme assureur.



La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi du recommandé électronique fait foi de la date d'envoi.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais de prescription ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

► CONTRÔLE MÉDICAL

À toute époque et sous peine de déchéance des droits à garantie du participant, l'institution se réserve le droit de procéder au contrôle de son état de santé et des soins engagés par lui. Les contrôles médicaux ainsi réalisés par l'institution sont effectués par des médecins agréés par elle ou par des médecins choisis sur la liste de la fédération française des associations de médecins conseils experts.

L'institution ne verse pas les prestations au participant :

- ❖ **lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale nécessaire de son état de santé ;**
- ❖ **ou lorsque le médecin contrôleur n'a pas pu accéder au domicile du participant, soit en raison de son absence en dehors des heures de sortie autorisées, soit en raison d'une adresse erronée ou incomplète ou d'un code d'accès inconnu ;**
- ❖ **ou lorsque le participant ne s'est pas présenté le jour de la convocation au contrôle médical du médecin-conseil choisi par l'institution, ou s'il a refusé de se soumettre à ce contrôle.**

À ce titre, l'institution cesse de verser les prestations à compter de la date à laquelle elle en informe le participant.

En cas de désaccord entre le médecin du participant et le médecin de l'institution, les parties intéressées choisissent un troisième médecin expert pour les départager.

À défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le troisième médecin est désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. L'institution et le participant concerné supportent chacun pour moitié l'ensemble des frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise du troisième médecin revêt un caractère obligatoire pour les parties concernées. Conformément à cet avis, l'institution peut être amenée à reprendre le versement des prestations relatives aux soins ayant fait l'objet de la procédure d'expertise.

Le refus de se soumettre à toute constatation médicale demandée par l'institution entraînera pour le participant la perte de tout droit aux prestations versées, à compter de la date à laquelle l'institution informera l'intéressé du constat de son refus.

► PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations communiquées sont traitées par notre organisme. Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection

commerciale. De plus, ces traitements sont mis en oeuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance. En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ces données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du Participant (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). L'ensemble des durées de conservation des données sont précisées sur le site internet du Groupe Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL suivante : <https://malakoffmederic-humanis.com/politique-protection-malakoff-mederic-humanis>.

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer à son traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe Malakoff Médéric Humanis - cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 Malakoff cedex. Vous pouvez également demander la portabilité de vos données fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Un justificatif d'identité pourra vous être demandé par notre organisme pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande.

Vous pouvez consulter le site internet du Groupe Malakoff Médéric Humanis à l'adresse URL suivante : <https://malakoffmederic-humanis.com/politique-protection-malakoff-mederic-humanis>.

En tout état de cause, vous pouvez saisir directement la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés à l'adresse suivante : **3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.**

► PROSPECTION COMMERCIALE PAR VOIE TÉLÉPHONIQUE

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique vous pouvez vous inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret - 10 000 Troyes.

Toutefois, tant que le contrat est en cours, votre inscription n'interdit pas notre organisme de vous démarcher téléphoniquement, si vous vous n'êtes pas opposé auprès de notre organisme, à l'adresse suivante : Groupe Malakoff Médéric Humanis - cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 Malakoff Cedex, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.



NOUS SOMMES À VOTRE ÉCOUTE

UNE QUESTION SUR VOTRE CONTRAT ?

3 SOLUTIONS : • espace client : humanis.com > rubriques Particuliers > Santé/Prévoyance

- téléphone :  N° Cristal **0969 39 74 74** (du lundi au vendredi de 8h30 à 19h)
APPEL NON SURTAXÉ
- e-mail : contact-assure-gc@humanis.com

BESOIN D'EFFECTUER UNE DÉMARCHE SANTÉ ?

Pour le versement des prestations

Ecrivez-nous à : Humanis Prévoyance
Service Prestations santé THALES
21 rue Roger Salengro
94132 Fontenay-sous-Bois cedex

Pour demander une prise en charge hospitalière

- 3 SOLUTIONS : • espace client, rubriques Documents utiles et démarches > Démarches en ligne
- application smartphone Humanis Appli-Santé, rubrique Prise en charge hospitalière
 - fax : 01 58 82 40 39

Pour demander un devis dentaire

- 2 SOLUTIONS : • espace client, rubriques Documents utiles et démarches > Démarches en ligne
- e-mail : contact-assure-gc@humanis.com

Pour contacter les Activités sociales

09 72 72 23 23
appel non surtaxé



malakoff médéric
humanis

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE

Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale
siège social : 29 boulevard Edgar Quinet - 75014 Paris.

malakoffmederic-humanis.com   



JUR1197-07MMH03-19 Crédits photo : AdobeStock