

CEA SANTÉ PLUS

Informations Santé

**Garanties réservées aux salariés en activité,
aux populations périphériques et aux retraités**

Édition janvier 2021







Sommaire

Le détail de vos garanties.....	4
Le remboursement de vos soins.....	12
Vos services avantages	14
Vos services en ligne sur malakoffhumanis.com	15

Le détail de vos garanties



Quels sont vos remboursements de santé ?

Les prestations ci-dessous, sont exprimées y compris les remboursements de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assureur complémentaire d'assurance maladie (à l'exception des forfaits) et tiennent compte des remboursements prévus par le régime obligatoire souscrit par le CEA. Les forfaits en € ou PMSS viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale.

Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés. L'option 3 ne respecte pas les obligations du contrat responsable.

	OPTION 1 Régime responsable	OPTION 2 Régime responsable	OPTION 3 Régime non responsable
Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés et sous déduction du régime de base			
HOSPITALISATION CHIRURGICALE (secteur conventionné et non conventionné)			
Frais de séjour et fournitures diverses, salle d'opération - soins pré et post opératoires	180 % BR	300 % BR	400 % BR
Honoraires conventionnés - Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	360 % BR	480 % BR	580 % BR
Honoraires conventionnés - Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR	200 % BR	580 % BR
Honoraires non conventionnés - Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	300 % BR	400 % BR
Honoraires non conventionnés - Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	200 % BR	400 % BR
Assistant	NEANT	50 % FR	70 % FR
Forfait hospitalier journalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière (y compris en maternité & pour les frais de tire-lait)	2 % du PMSS par jour	2,50% du PMSS par jour	3,50% du PMSS par jour
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 14 ans)	20 € par jour	30 € par jour	40 € par jour

	OPTION 1 Régime responsable	OPTION 2 Régime responsable	OPTION 3 Régime non responsable
Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés et sous déduction du régime de base			
HOSPITALISATION MEDICALE (secteur conventionné et non conventionné)			
Hospitalisation médicale hors honoraires (frais de séjour)	260 % BR	380 % BR	480 % BR
Honoraires - Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	260 % BR	380 % BR	480 % BR
Honoraires - Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR	200 % BR	480 % BR
Forfait hospitalier journalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière (y compris en maternité)	2 % du PMSS par jour	2% du PMSS par jour	2% du PMSS par jour
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 14 ans)	20 € par jour	20€ par jour	20 € par jour
FRAIS DE TRANSPORT			
Remboursés par la Sécurité sociale	150 % BR	200 % BR	300 % BR
SOINS DE VILLE (secteur convention et non conventionné)			
Consultations, visites généralistes ou spécialistes adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* (y compris indemnités de déplacement)	175 % BR	225 % BR	325 % BR
Consultations, visites généralistes ou spécialistes non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* (y compris indemnités de déplacement)	155 % BR	200 % BR	325 % BR
Auxiliaires médicaux	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Frais d'analyses et examens de laboratoire	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Actes de spécialité (actes en K) praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Actes de spécialité (actes en K) praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	180 % BR	300 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	180 % BR	300 % BR
Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale	150 % BR	200 % BR	300 % BR
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée à 65%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
AIDE AUDITIVE OU EQUIPEMENT			
Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
Équipement 100% Santé ⁽²⁾ (classe I ⁽⁴⁾)	sans reste à payer ⁽³⁾	sans reste à payer ⁽³⁾	sans reste à payer ⁽³⁾

OPTION 1 Régime responsable	OPTION 2 Régime responsable	OPTION 3 Régime non responsable
Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés et sous déduction du régime de base		

Équipement autre que 100% Santé ⁽²⁾ (classe II ⁽⁴⁾)

Prothèses auditives prises en charge ou non par la Sécurité sociale - adulte	395 % BR	345 % BR + 10 % PMSS par an par bénéficiaire limité à 1700€ TTC	345 % BR + 15 % PMSS par an par bénéficiaire limité à 1700 € TTC
Prothèses auditives prises en charge ou non - enfant ayant droit de moins de 29 ans	565 % BR	515 % BR + 10 % PMSS par an par bénéficiaire limité à 1700 € TTC	515 % BR + 15 % PMSS par an par bénéficiaire limité à 1700 € TTC
Entretien appareillages auditifs	100 % FR dans la limite de 7 fois le forfait annuel prévu par la Sécurité sociale	100 % FR dans la limite de 7 fois le forfait annuel prévu par la Sécurité sociale	100 % FR dans la limite de 7 fois le forfait annuel prévu par la Sécurité sociale

APPAREILLAGE AUTRE QU'AUDITIF

Appareillages et prothèses autres qu'auditifs - Petits appareillages	110 % BR + 20 % PMSS par an et par bénéficiaire	30 % PMSS par an et par bénéficiaire minimum 100 % BR	35 % PMSS par an et par bénéficiaire minimum 100 % BR
Appareillages et prothèses autres qu'auditifs - Gros appareillages	395 % BR	345 % BR + 10 % PMSS par an par bénéficiaire	345 % BR + 15 % PMSS par an par bénéficiaire
Entretien appareillage autres qu'auditifs	395 % BR	345 % BR + 10 % PMSS par an par bénéficiaire	345 % BR + 15 % PMSS par an par bénéficiaire

SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Soins et prothèses 100% Santé ⁽²⁾	sans reste à payer ⁽³⁾	sans reste à payer ⁽³⁾	sans reste à payer ⁽³⁾
Soins dentaires	180 % BR	250 % BR	300 % BR
Inlay - Onlay	180 % BR	250 % BR	300 % BR
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	420 % BR	490 % BR	540 % BR

Prothèses autres que 100% Santé :

Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale (y compris appareil brisé)	470 % BR	540% BR	590% BR
Couronne, bridge et prothèse provisoire	Forfait de 64,50 € par acte	Forfait de 64,50 € par acte	Forfait de 64,50 € par acte
Implants	34 % PMSS par implant (maxi 2 par an et par bénéficiaire)	40 % PMSS par implant (maxi 2 par an et par bénéficiaire)	45 % PMSS par implant (maxi 3 par an et par bénéficiaire)
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	300 % BR	375 % BR	450 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale (enfant de 16 à 29 ans)	387 € par semestre de soins	387 € par semestre de soins	387 € par semestre de soins

OPTIQUE - Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs de moins de 16 ans (un équipement tous les ans)

Équipement 100% Santé ⁽²⁾ (classe A)	sans reste à payer ⁽³⁾	sans reste à payer ⁽³⁾	sans reste à payer ⁽³⁾
Équipement autre que 100% Santé (classe B ⁽⁴⁾)			
Verres adulte	Voir Grille optique	Voir Grille optique	100 % FR ⁽²⁾ dans la limite de 90 % FR
Verres enfant			
Monture adulte	100 €	100 €	100 % FR ⁽²⁾ dans la limite de 10 % PMSS
Monture enfant	100 €	100 €	
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	100 % FR ⁽²⁾ dans la limite de 75 % FR	100 % FR ⁽²⁾ dans la limite de 85% FR	100 % FR ⁽²⁾ dans la limite de 90 % FR
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	100 % FR ⁽²⁾ dans la limite de 75 % FR	100 % FR ⁽²⁾ dans la limite de 85% FR	100 % FR ⁽²⁾ dans la limite de 90 % FR
Traitements chirurgicaux des troubles visuels	26 % PMSS par œil	30 % PMSS par œil	35 % PMSS par œil

OPTION 1 Régime responsable	OPTION 2 Régime responsable	OPTION 3 Régime non responsable
Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés et sous déduction du régime de base		

AUTRES

Maternité et adoption ⁽¹⁾	18 % PMSS	18 % PMSS	18 % PMSS
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale (hors thalassothérapie)	Allocation annuelle et par bénéficiaire de 475,50 €	Allocation annuelle et par bénéficiaire de 627,95 €	Allocation annuelle et par bénéficiaire de 627,95 €
Traitement anti-tabac remboursé par la Sécurité sociale	50 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
Frais d'obsèques	NEANT	5 % PASS	10 % PASS
Médecine alternative : Ostéopathie - Acupuncture - Chiropractie - Etiopathie	30 € par séance (maxi 3/an/ bénéficiaire)	45 € par séance (maxi 3/an/ bénéficiaire)	50 € par séance (maxi 5/an/ bénéficiaire)
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge

FR : frais réels.

BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie pour le versement des prestations.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(1) Pour la naissance d'un enfant né viable, l'allocation est doublée en cas de naissance multiple. Ce forfait est destiné à rembourser l'ensemble des frais liés à la naissance y compris la chambre particulière.

Versement de la même allocation en cas d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans.

(2) Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés. (voir Règlement Mutualiste réf: JUR2134)

(3) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions Générales.

(4) Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions Générales.

Grille optique - Adulte

Les prestations ci-dessous sont exprimées hors remboursement de la Sécurité sociale et tiennent compte des remboursements prévus par le régime obligatoire souscrit par le CEA.

DÉSIGNATION	TYPE	LPP B	OPTION 1 et 2 (par verre)
UNIFOCAUX CLASSE B			
sphère [-6,00 à +6,00]	Sphérique	2264803/2225329/2288353/2258895/2293555/2200335	160 €
sphère [-6,00 à -12,00] ou de [+6,00 à +12,00]	Sphérique	2233033/2292053/2203486/2234044	300 €
sphère <-12 ou sphère > +12	Sphérique	2241162/2237947	300 €
sphère de [0 à - 6,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2208756/2209460/2218542	160 €
sphère <-6 et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2286800/2257447/2255856	300 €
sphère de [0 à - 6,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2211190/2210983/2243920	300 €
sphère <-6 et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2276048/2224778/2224287	300 €
sphère > 0 et S* ≤ 8	Sphéro-cylindrique	2229824/2262678/2281598/2247041	160 €
sphère > 0 et S* > +8,00	Sphéro-cylindrique	2241529/2249152	300 €
MULTIFOCAUX/PROGRESSIFS CLASSE B			
sphère [-4,00 à +4,00]	Sphérique	2267552/2234788/2279650/2226910/2263494/2240323/2224732/2222118	300 €
sphère [-4,00 à -8,00] ou de [+4,00 à +8,00]	Sphérique	2214515/2266989/2251924/2205321/2297263/2295525/2219062/2202430	300 €
sphère <-8 ou sphère > +8	Sphérique	2220088/2268505/2264401/2267492/2241742/2269516/2256420/2293414	350 €
sphère de [0 à - 4,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2288695/2291674/2203948/2230750	300 €
sphère de [-4,00 à -8,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2213711/2259340/2210434/2208064	300 €
sphère <-8 et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2265412/2218849/2288502/2217809	350 €
sphère de [0 à - 4,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2212025/2229155/2260691/2240850	300 €
sphère de [-4,00 à -8,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2291065/2282920/2253834/2245941	300 €
sphère <-8 et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2299925/2243623/2242760/2270583	350 €
sphère > 0 et S* ≤ 6	Sphéro-cylindrique	2215213/2234021/2297530/2292277/2269692/2210109	300 €
sphère > 0 et S* entre [+6,00 à +12,00]	Sphéro-cylindrique	2222176/2215503/2226926/2257750	300 €
sphère > 0 et S* > +12,00	Sphéro-cylindrique	2284697/2285099	350 €

S* = somme de la sphère et du cylindre

Grille optique - Enfant

Les prestations ci-dessous sont exprimées hors remboursement de la Sécurité sociale et tiennent compte des remboursements prévus par le régime obligatoire souscrit par le CEA.

DÉSIGNATION	TYPE	LPP B	OPTION 1 et 2 (par verre)
UNIFOCAUX CLASSE B			
sphère [-6,00 à +6,00]	Sphérique	2264803/2225329/2288353/2258895/2293555/2200335	160 €
sphère [-6,00 à -12,00] ou de]+6,00 à +12,00]	Sphérique	2233033/2292053/2203486/2234044	300 €
sphère <-12 ou sphère > +12	Sphérique	2241162/2237947	300 €
sphère de [0 à - 6,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2208756/2209460/2218542	160 €
sphère <-6 et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2286800/2257447/2255856	300 €
sphère de [0 à - 6,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2211190/2210983/2243920	300 €
sphère <-6 et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2276048/2224778/2224287	300 €
sphère > 0 et S* ≤ 8	Sphéro-cylindrique	2229824/2262678/2281598/2247041	160 €
sphère > 0 et S* > +8,00	Sphéro-cylindrique	2241529/2249152	300 €
MULTIFOCAUX/PROGRESSIFS CLASSE B			
sphère [-4,00 à +4,00]	Sphérique	2267552/2234788/2279650/2226910/2263494/2240323/2224732/2222118	300 €
sphère [-4,00 à -8,00] ou de]+4,00 à +8,00]	Sphérique	2214515/2266989/2251924/2205321/2297263/2295525/2219062/2202430	300 €
sphère <-8 ou sphère > +8	Sphérique	2220088/2268505/2264401/2267492/2241742/2269516/2256420/2293414	300 €
sphère de [0 à - 4,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2288695/2291674/2203948/2230750	300 €
sphère de [-4,00 à -8,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2213711/2259340/2210434/2208064	300 €
sphère <-8 et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	2265412/2218849/2288502/2217809	300 €
sphère de [0 à - 4,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2212025/2229155/2260691/2240850	300 €
sphère de [-4,00 à -8,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2291065/2282920/2253834/2245941	300 €
sphère <-8 et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	2299925/2243623/2242760/2270583	300 €
sphère > 0 et S* ≤ 6	Sphéro-cylindrique	2215213/2234021/2297530/2292277/2269692/2210109	300 €
sphère > 0 et S* entre]+6,00 à +12,00]	Sphéro-cylindrique	2222176/2215503/2226926/2257750	300 €
sphère > 0 et S* > +12,00	Sphéro-cylindrique	2284697/2285099	300 €

S* = somme de la sphère et du cylindre

Cotisations mensuelles 2021			
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
ADULTE			
• salariés CEA et conjoints de salariés, populations périphériques de - 60 ans*	15,45 €	27,81 €	61,23 €
• retraités CEA et conjoints de retraités, populations périphériques de + 60 ans*	22,44 €	40,60 €	79,98 €
ENFANT (gratuité à compter du 3 ^e enfant)	9,34 €	16,97 €	33,85 €

* Personnel en congés sans solde ou licencié, personnel détaché à l'extérieur du CEA.

Les cotisations sont calculées par adulte et par enfant, selon la catégorie d'appartenance.

Le changement de catégorie pour les populations périphériques s'effectue au 1^{er} janvier de l'exercice qui suit le 60^e anniversaire.

Les cotisations sont payables mensuellement, trimestriellement ou annuellement d'avance et par prélèvement automatique.

Comment adhérer ?

Pour bénéficier de CEA Santé Plus, il vous suffit de choisir l'option qui correspond à vos besoins, de remplir le bulletin d'adhésion et de nous le retourner.

Votre adhésion prendra effet au plus tôt, au premier jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle.

Lorsque le membre participant, salarié du CEA, demande son adhésion dans les trois mois qui suivent son entrée dans les effectifs, l'adhésion peut prendre effet, à sa demande, au jour de la prise d'effet de son contrat de travail.

Selon leur situation, les membres participants peuvent demander leur adhésion au présent règlement dans les trois mois qui suivent :

- la prise d'effet du congé, pour le personnel dont le contrat de travail est suspendu au titre d'un congé sans solde,
- le terme du maintien des garanties prévu par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale pour les anciens salariés du CEA, demandeurs d'emploi. S'ils étaient déjà adhérents au Règlement Mutualiste « CEA SANTE PLUS » au jour de la rupture de leur contrat de travail, les anciens salariés peuvent aussi demander le bénéfice des garanties surcomplémentaires prévues par ce régime durant la période de portabilité moyennant le paiement de la cotisation correspondante,
- la notification d'attribution de la rente d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie,
- la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, pour les retraités du CEA,
- le décès du salarié ou retraité du CEA, pour les conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS,
- le détachement à l'extérieur du CEA, pour les salariés détachés dont le salaire n'est plus versé par le CEA.

L'adhésion peut prendre effet, à leur demande et selon leur situation, à la date indiquée ci-dessus.

Délais d'attente

Pendant les 3 premiers mois de l'adhésion :

- les prestations en optique, prothèses dentaires et orthodontie prises en charge par la Sécurité sociale, seront limitées au ticket modérateur ;
- les prestations en optique prothèses dentaires et orthodontie non prises en charge par la Sécurité sociale, ne seront pas versées.

Toutefois, les membres participants et/ou bénéficiaires qui :

- **adhèrent au régime surcomplémentaire « CEA SANTE PLUS » dans les trois mois qui suivent, leur entrée dans les effectifs du CEA,**
- **adhèrent au régime surcomplémentaire « CEA SANTE PLUS » dans les trois mois qui suivent la date de liquidation de leur pension vieillesse par la Sécurité sociale, pour les retraités,**
- **peuvent justifier d'une affiliation antérieure à une couverture complémentaire santé similaire à celle souscrite, dont la date de résiliation date de moins de 3 mois, bénéficieront des remboursements correspondant au niveau souscrit dès le premier jour de leur adhésion.**

A l'issue des 3 premiers mois de l'adhésion, le remboursement de ces frais se fera dans les conditions prévues au règlement.

Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations versées au titre des garanties Frais de santé, sous réserve des justificatifs à apporter visés à l'article 2 du règlement mutualiste et du versement de la cotisation correspondante :

- le membre participant,
- les ayants droit du membre participant bénéficiaires par son intermédiaire d'un contrat collectif, listé en annexe du règlement mutualiste souscrit par le CEA auprès de la Mutuelle.

En tout état de cause, l'adhésion des ayants droit cesse au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils ne satisfont plus aux définitions ci-dessus.

La démission ou la radiation du membre participant sera assimilée à une démission de l'ensemble des ayants droit.

Quand et comment changer d'option ?

Le changement d'option peut intervenir tous les 3 ans sous réserve que vous en fassiez la demande avant le 31 octobre de l'année précédant la date d'effet du changement. Le changement d'option prend alors effet au 1^{er} janvier suivant la demande.

Un changement d'option vers une option inférieure peut intervenir à tout moment en cas de modification de situation familiale. Dans ce cas, le changement prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande sous réserve de justifier de l'évolution de sa situation.

Le changement d'option est possible également au moment du départ à la retraite.

Cessation de l'adhésion

L'adhésion cesse:

- des que vous n'êtes plus affilié au régime obligatoire souscrit par le CEA,
- **après l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, sans frais ni pénalités.** La dénonciation de l'adhésion prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification de l'assuré.

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

Dans le cas où l'assuré souhaite dénoncer son adhésion au contrat afin de demander une nouvelle adhésion auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'assuré souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation dans les conditions prévues ci-dessus. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure. L'adhésion cesse au 1^{er} jour du mois civil suivant la notification de la dénonciation.

- **à l'échéance annuelle :** sous réserve que cette demande parvienne à l'organisme assureur deux mois au moins

avant chaque date de renouvellement, soit au plus tard le 31 octobre. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année. Cette disposition ne s'applique pas, toutefois, à l'assuré qui justifie être couvert au titre d'un contrat groupe obligatoire, à la condition que le nouvel organisme complémentaire fournisse l'attestation correspondante ; auquel cas, l'adhésion individuelle cesse au premier jour du mois civil suivant la notification de la dénonciation et les cotisations versées par avance sont remboursées.

- **en cas de modification apportée à ses droits et obligations :** lorsque les garanties et/ou les cotisations sont modifiées, l'assuré peut toujours refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente (30) jours qui suivent la réception du courrier en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés ci-dessous. Le contrat est alors résilié dans les dix (10) jours suivants. En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par l'organisme assureur, l'organisme assureur considérera que l'assuré a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

Lorsque l'assuré a le droit de dénoncer son adhésion, la notification de la dénonciation peut être effectuée, au choix de l'assuré :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque l'organisme assureur a proposé l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La dénonciation par le membre participant de son adhésion est définitive.

Prescription

Toute action dérivant de CEA Santé Plus est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (cf. l'article 14 du Règlement mutualiste).



Le remboursement de vos soins

Justificatifs à fournir pour être remboursé

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

Vous bénéficiez de la télétransmission NOÉMIE

La mention « Ce décompte a été transmis à MHN » 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 NOÉMIE

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 NOÉMIE !

Comment envoyer vos justificatifs à MHN ?

Nous vous recommandons de nous adresser l'ensemble de vos justificatifs via votre Espace client, rubrique « Demander un remboursement ». 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
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

	Avec télétransmission Noémie	Sans télétransmission Noémie
<ul style="list-style-type: none"> prothèses dentaires remboursés 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
<ul style="list-style-type: none"> prothèses non remboursées 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 :		
<ul style="list-style-type: none"> 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
<ul style="list-style-type: none"> 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
<ul style="list-style-type: none"> verres - monture 	<i>Attention, en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue :</i> <i>Facture détaillée et acquittée</i> <i>+ Ancienne et nouvelle prescriptions médicales</i> ou <i>Nouvelle prescription médicale et tout document de l'opticien précisant la correction de l'équipement précédent</i> ou <i>Prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction</i>	
<ul style="list-style-type: none"> 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
<ul style="list-style-type: none"> lentilles non remboursées par la Sécurité sociale 	Prescription médicale + Facture détaillée et acquittée	
Prescription médicale (sauf pour l'ostéopathie, l'étiopathie, la chiropractie)		
Autres soins	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.

Vos services avantages

Nous vous accompagnons en innovant au quotidien pour vous donner le meilleur et vous faciliter l'accès aux soins. **Vous bénéficiez ainsi d'une offre de services plus**

performante : réseaux de soins Kalixa, ComparHospit, téléconsultation et une assistance en cas de besoin.

Kalixa : la qualité à prix négocié

KALIXIA OPTIQUE

Vous avez un problème de vue, comment maîtriser vos dépenses ?

1. Avec les opticiens partenaires du réseau Kalixa, bénéficiez d'équipement de qualité au meilleur coût (plus de 100 € d'économie en moyenne ⁽¹⁾). Géolocalisez les depuis votre Espace client.
2. Informez-vous sur le coût des équipements avec notre service Devis conseil express et recevez instantanément par SMS le montant éventuel à votre charge.
3. Évitez l'avance de frais ⁽²⁾ et simplifiez vos démarches grâce à votre carte de tiers payant, acceptée chez tous les opticiens partenaires Kalixa.
4. Suivez vos remboursements depuis votre Espace client.

⁽¹⁾ Valeur indicative observée en moyenne sur la base des remboursements effectués par notre organisme à équipement équivalent.

⁽²⁾ À hauteur des garanties souscrites.

Le +

Le réseau Kalixa optique permet à 3 assurés sur 4 de choisir un équipement comprenant une monture de marque et des verres de haute technicité sans aucun reste à payer.

KALIXIA AUDIO

Vous avez un problème d'audition, comment bien vous équiper ?

1. Depuis votre espace client, trouvez votre audioprothésiste parmi les audioprothésistes partenaires de votre nouveau réseau Kalixa audio et bénéficiez de prestations de qualité au meilleur coût.
2. Informez-vous sur le coût des équipements avec notre service Devis conseil express et recevez instantanément par SMS le montant éventuel à votre charge.
3. Évitez l'avance de frais ⁽¹⁾ et simplifiez vos démarches grâce à votre carte de tiers payant, acceptée chez tous les audioprothésistes partenaires Kalixa.
4. Suivez vos remboursements.

⁽¹⁾ À hauteur des garanties souscrites.

⁽²⁾ Valeur indicative observée en moyenne sur la base des remboursements effectués par notre organisme à équipement équivalent pour un double appareillage.

⁽³⁾ En téléchargeant l'attestation disponible depuis votre Espace client.

Le +

Avec le réseau Kalixa audio, vous bénéficiez sur tous les équipements de tarifs négociés sans avance de frais ⁽¹⁾ (économie moyenne de 600 € ⁽²⁾ sur un double appareillage).

Vous avez même la possibilité d'en faire profiter vos parents ⁽³⁾.

KALIXIA DENTAIRE

Vous avez besoin de soins dentaires, comment bien vous soigner ?

1. Depuis votre Espace client, choisissez parmi les chirurgiens-dentistes partenaires du réseau Kalixa dentaire et bénéficiez de soins de qualité à honoraires négociés.
2. Informez-vous sur le coût des équipements avec notre service Devis conseil express et recevez instantanément par SMS le montant éventuel à votre charge.
3. Évitez l'avance de frais ⁽¹⁾ et simplifiez vos démarches grâce à votre carte de tiers payant, acceptée chez tous les chirurgiens-dentistes partenaires Kalixa.
4. Suivez vos remboursements depuis votre Espace client.

⁽¹⁾ À hauteur des garanties souscrites

⁽²⁾ Valeur indicative observée en moyenne sur la base des remboursements effectués par notre organisme à équipement équivalent.

Le +

En passant par le réseau Kalixa dentaire,

- vous économisez jusqu'à 650 € ⁽²⁾ en moyenne sur certains actes comme l'implant,
- vous bénéficiez d'honoraires négociés en soins prothétiques, d'implantologie, d'orthodontie et de parodontologie

KALIXIA OSTÉO

1. Avec plus de 450 ostéopathes partenaires sélectionnés pour la qualité de leur pratique, profitez des honoraires négociés et plafonnés par département.
2. Vous avez la possibilité de prendre des rendez-vous en ligne pour les ostéos qui le proposent.



Où trouver un professionnel partenaire du réseau KALIXIA ?

Utilisez la géolocalisation via votre Espace client pour trouver le partenaire le plus proche de chez vous.

Vos services en ligne sur malakoffhumanis.com



Depuis votre espace client, prenez soin de votre santé

Une question ? Une demande de remboursement ? Un changement de situation ? Une hospitalisation ? L'Espace client est à votre disposition pour vous faciliter la vie et vous permettre de gagner du temps.

Entièrement gratuit et personnalisé, votre Espace client vous permet également de mieux comprendre et gérer les contrats au quotidien.

Gérez votre contrat

- Consultez **votre notice d'information, vos bénéficiaires et vos garanties.**
- **Actualisez vos informations personnelles** : adresse, coordonnées bancaires et/ou de régime d'Assurance maladie.
- **Géolocalisez** les professionnels de santé pratiquant le tiers payant.
- Abonnez-vous aux alertes de remboursement.

Suivez vos remboursements

Vous pouvez consulter le détail de vos remboursements de santé, votre historique, et vous pouvez télécharger vos e-relevés.

Effectuez vos démarches

- Une **hospitalisation** prévue ? Vous réalisez en ligne une demande de prise en charge hospitalière et vous évitez ainsi une avance de frais conséquente.
- Vous transmettez vos **devis** pour connaître le montant de votre prise en charge.
- Vous recherchez un établissement de soins.

Contactez le service client

Via la messagerie en ligne, vous envoyez un message en toute confidentialité. Vous pouvez poser une question, prendre un rendez-vous avec votre conseiller pour obtenir des informations sur un produit ou un service, suivre l'avancement de votre demande...

Avec votre Espace client, **gardez le contact.**

Comment créer votre Espace client santé ?

- 1 Connectez-vous sur malakoffhumanis.com et cliquez sur « Accéder à mon espace / Un particulier ».
- 2 Sélectionnez l'espace Santé/Prévoyance et cliquez sur « 8 chiffres ».
- 3 Cliquez sur « Créer mon compte » et complétez le formulaire puis validez.
- 4 Vous recevez immédiatement un e-mail pour activer votre compte (pensez à vérifier dans vos mails « indésirables »).
- 5 Vous pouvez créer et personnaliser alors votre mot de passe en respectant les indications puis validez. Il vous sera demandé à chaque connexion ainsi que l'adresse mail que vous aurez saisie lors de la création de votre compte.

À SAVOIR

Votre numéro d'adhérent figure sur votre carte de tiers payant ou sur l'un de vos décomptes de prestations.



Vous êtes plutôt appli-mobile

Retrouvez également vos services sur l'appli Malakoff Humanis !

L'application Malakoff Humanis en téléchargement gratuit permet de bénéficier de services pratiques liés au contrat santé, à tout moment sur smartphone et tablette.



BESOIN D'AIDE POUR VOUS CONNECTER ?

Contactez par téléphone ou e-mail le service client depuis la page de connexion de l'**Espace client.**

Vos contacts Malakoff Humanis

Pour toute nouvelle adhésion

Téléphone : 01 58 82 62 06 (appel non surtaxé)
du lundi au vendredi de 8h30 à 19h

Suivre votre contrat et vos remboursements

Espace client : malakoffhumanis.com

Téléphone : 09 69 399 938 (appel non surtaxé)
du lundi au vendredi de 8h30 à 19h

Adresse : Malakoff Humanis - TSA 40001 - 41970 Blois Cedex 9



MHN, MALAKOFF HUMANIS NATIONALE

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité,
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 339 358 681

Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris

Mutuelle membre du groupe Malakoff Humanis - 21 rue Laffitte - 75009 Paris

malakoffhumanis.com

