

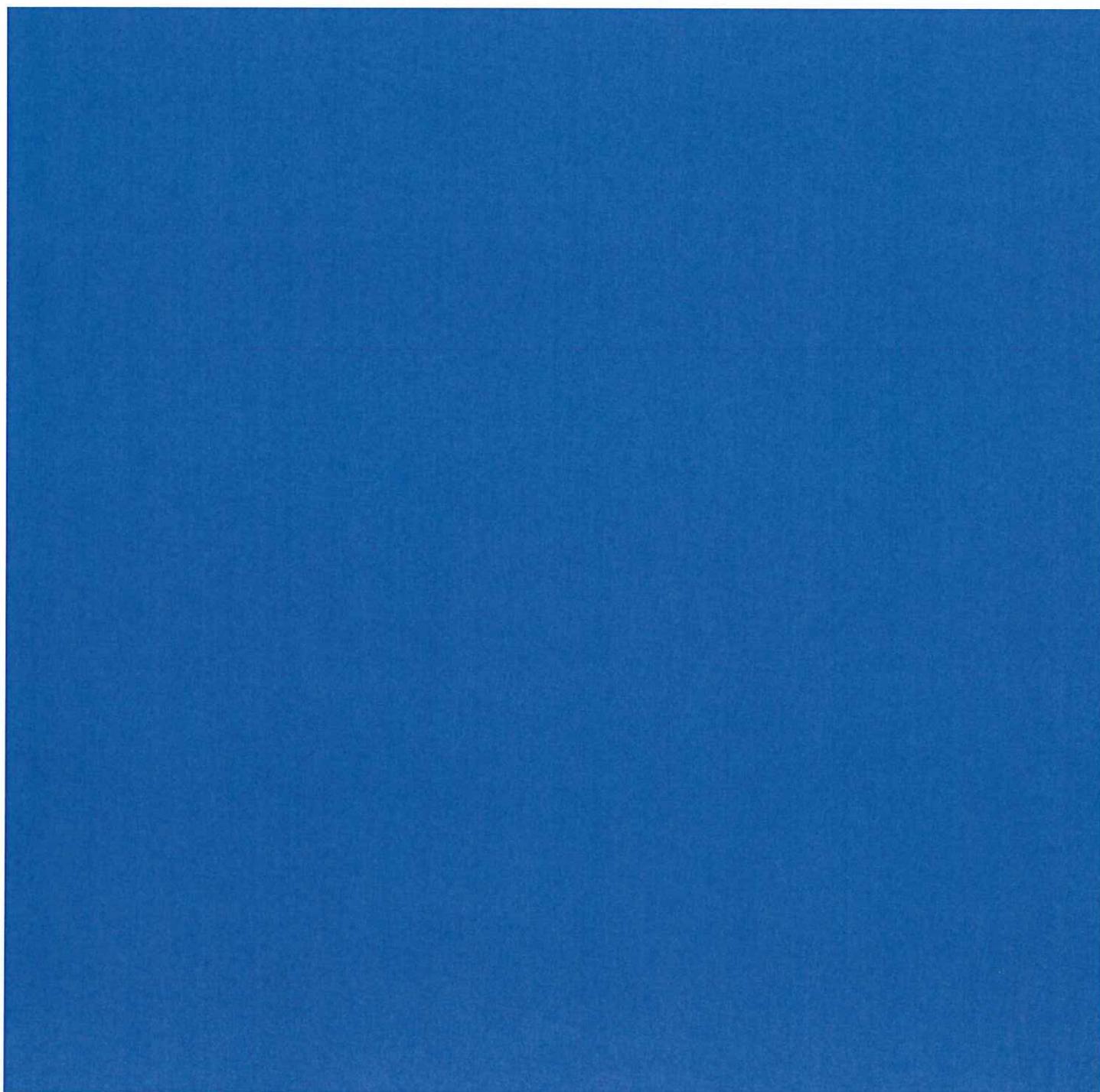


malakoff médéric

# FRAIS DE SANTÉ

**LES ESSENTIELLES**

NOTICE D'INFORMATION OBLIGATOIRE N°8168/1



# SOMMAIRE

Document à signer et à remettre à votre employeur	5
<b>PRÉAMBULE</b>	7
LA CHARTE BIEN-ÊTRE ET BIEN VIVRE	8
L'OBJET DU CONTRAT	9
VOTRE AFFILIATION	9
QUAND BÉNÉFICIEZ-VOUS DES GARANTIES ?	10
LES COTISATIONS	12
LES PRESTATIONS	12
QUELLES SONT VOS FORMALITÉS DÉCLARATIVES ?	16
LES GÉNÉRALITÉS DU CONTRAT	17
LEXIQUE	20

## GLOSSAIRE

**Dans votre notice, nous utilisons les termes suivants :**

**L'organisme assureur** est l'Institution de prévoyance qui garantit les risques souscrits. Il sera désigné par **nous**.

**L'assuré** est le salarié ou l'ancien salarié bénéficiaire du contrat, c'est-à-dire appartenant à l'une des catégories de personnel prévue au contrat. Il sera désigné par **vous**.

**Les ayants droit** sont les membres de votre famille pouvant bénéficier des présentes garanties.

Par **conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale**, nous entendons, votre conjoint, à défaut votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) et à défaut votre concubin, à votre charge de la Sécurité sociale :

- votre conjoint : votre époux ou votre épouse, non séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e),
- votre partenaire lié par un Pacs : la personne liée par un Pacs, non dissout et non rompu,
- votre concubin : la personne célibataire, divorcée ou veuve, si elle réside sous le même toit que vous, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi, vous et votre concubin ne devez être mariés, ni l'un ni l'autre, ni liés par un Pacte civil de solidarité.

Par **portabilité de la couverture d'assurance** nous entendons, le maintien des garanties frais de santé qui vous est accordé en tant que demandeur d'emploi et bénéficiaire de ce dispositif en vertu de la loi 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi.

# IMPORTANT

Document à signer et à remettre  
à votre employeur

Je soussigné(e), .....

reconnais avoir reçu la notice d'information décrivant les garanties frais de santé souscrites par mon  
entreprise :

.....

auprès de Malakoff Médéric Prévoyance

À ....., le .....

Signature

# PRÉAMBULE

**Ce document qui vous est remis par votre employeur, définit les dispositions réglementaires et contractuelles organisant les rapports entre votre entreprise, vous-même, et Malakoff Médéric Prévoyance.**

**Si vous souhaitez de plus amples informations, adressez-vous à votre employeur qui tient l'ensemble des conditions générales et documents contractuels à votre disposition.**

Cette notice satisfait aux obligations d'information des assurés (article L. 932-6 du Code de la sécurité sociale).

## LA CHARTE BIEN-ÊTRE ET BIEN VIVRE

### Nos engagements

Nous nous engageons à :

- accompagner votre employeur pour la maîtrise des cotisations de son contrat frais de santé,
- agir pour la diminution de votre reste à charge,
- rendre lisibles et compréhensibles nos garanties,
- communiquer en toute transparence auprès de vous et de votre employeur.

Pour mener à bien nos engagements, nous vous proposons des garanties adaptées à vos besoins et qui intègrent des services innovants :

- vos niveaux de prise en charge tiennent compte de la réalité des prix observés dans votre région,
- nous mettons à votre disposition des réseaux de soins, en optique par exemple, vous permettant de trouver près de chez vous ou de votre lieu de travail des prestations de qualité à prix préférentiel,
- vous disposez d'outils vous permettant via votre Espace client ou votre smartphone de :
  - connaître vos droits en euros,
  - calculer votre reste à charge,
  - localiser le professionnel de santé ou le centre de soins le plus proche.
- nous identifions et traitons les abus éventuels dans la facturation de vos soins.

### Votre démarche responsable

**Pour préserver votre santé, limiter votre reste à charge et trouver le professionnel de santé qui réponde le mieux à vos besoins, nous vous proposons quelques démarches à suivre :**

1. Inscrivez-vous sur votre Espace client Malakoff Médéric pour connaître vos droits et bénéficier des nombreux services et des informations que nous fournissons.
2. Acceptez les médicaments génériques, **moins chers et tout aussi efficaces.**
3. Ne constituez pas de stocks de médicaments chez vous.

Nous vous rappelons qu'une franchise médicale reste à votre charge, pensez à vérifier le contenu de votre armoire à pharmacie avant tout achat.

N'oubliez pas de remettre à votre pharmacien vos médicaments périmés.

4. Demandez **un devis avant tout acte dentaire**, achat de lunettes, prothèses auditives et séjour hospitalier non urgent. Faites-le analyser par nos spécialistes, en appelant le 3932 ou en vous connectant sur votre Espace client.
5. Ne communiquez pas vos niveaux de remboursement à vos professionnels de santé, certains ont tendance à augmenter leurs dépassements en fonction du niveau de remboursement de votre complémentaire santé.

Il est possible d'évaluer le montant des honoraires du professionnel de santé sur l'Espace client ou sur le site **ameli-direct.fr**.

6. Privilégiez **un opticien appartenant à notre réseau partenaire pour tout achat optique**. Nous avons négocié avec lui des tarifs privilégiés. Votre Espace client vous permettra de localiser l'opticien le plus proche de chez vous ou de votre lieu de travail.

7. **Respectez le parcours de soins**. La Sécurité sociale l'a mis en place pour vous inciter à consulter en priorité votre médecin traitant qui est le seul à pouvoir suivre votre santé sur le long terme. **Toute consultation effectuée en dehors de ce cadre est moins bien remboursée par la Sécurité sociale.**

**Le différentiel n'est pas pris en charge par votre complémentaire santé.**

### Nos recommandations pour votre bien-être

1. Privilégiez une **alimentation équilibrée** et surveillez périodiquement votre poids.

Associé à un manque d'exercice, l'excès de poids est un facteur de risque pour un grand nombre de problèmes de santé (hypertension, troubles cardio-vasculaires, diabète).

2. Ne fumez pas ou faites-vous aider pour arrêter.

3. **Protégez vos yeux et vos oreilles** : évitez votre exposition à des bruits intenses, si celle-ci est prolongée ou répétée, elle peut provoquer des lésions graves du système auditif, pensez par exemple à baisser le volume de votre baladeur mp3.

En cas de forte luminosité, protégez vos yeux avec des lunettes de soleil.

Après 45 ans, pensez à faire vérifier votre vue et votre audition.

4. **Allez voir votre médecin traitant une fois par an** pour faire le point avec lui. Vérifiez que vous êtes à jour de vos vaccinations.

De la même manière, rendez-vous chez votre dentiste une fois par an. Cela permettra notamment de détecter d'éventuelles caries et d'éviter des soins coûteux.

5. **Pensez aux dépistages.** Pour les femmes dès 20 ans, pensez au dépistage du col de l'utérus tous les 3 ans et à celui du cancer du sein, dès 50 ans. Pour les hommes et les femmes dès 50 ans, pensez au dépistage du cancer colorectal tous les 2 ans.

À partir de 45 ans, pensez aussi à faire un bilan sanguin tous les 2 ans pour surveiller votre niveau de cholestérol et le risque de diabète.

## L'OBJET DU CONTRAT

La présente notice a pour objet d'indiquer les conditions dans lesquelles nous vous accordons, ainsi qu'à vos ayants droit, le remboursement, dans la limite des frais réellement engagés, de tout ou partie des frais de santé occasionnés en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Les prestations sont indiquées au tableau de garanties joint à votre notice.

Le contrat est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, souscrit par votre employeur auprès de Malakoff Médéric Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale.

Le contrat respecte à la fois les critères qualifiant les contrats de « solidaires et responsables » par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale et les critères de la couverture minimale prévus aux articles L. 911-7 et D. 911-1 de ce même code, décrits au paragraphe « critères du contrat responsable et de la couverture minimale ».

Le contrat frais de santé souscrit par votre employeur, ouvre droit aux garanties d'assistance, assurées par AUXIA Assistance, sous réserve de respecter les dispositions prévues à la notice d'assistance. Le coût de la garantie assistance est inclus dans le montant de la cotisation du contrat frais de santé souscrit par votre employeur, son montant, étant, pour vous (et vos ayants droit s'ils sont bénéficiaires) et par an inférieur à 10 euros.

L'organisme chargé du contrôle d'AUXIA Assistance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

## VOTRE AFFILIATION

### Quelles sont les modalités d'affiliation ?

Pour bénéficier des garanties, vous devez compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation en indiquant la liste de vos ayants droit s'il y a lieu. Vous remettez votre bulletin accompagné des pièces nécessaires à l'affiliation, à votre employeur qui s'engage à nous les faire parvenir.

Vous devez également signaler à votre employeur tout changement de situation familiale par le même document.

Ces documents doivent nous être retournés dans les trente jours qui suivent la date de votre affiliation ou la modification de votre situation familiale (mariage, naissance, Pacs...).

### Fausse déclaration

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

**Les cotisations payées nous sont acquises.**

### Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?

En fonction de la structure d'affiliation choisie, vos ayants droit sont :

- votre conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale ;
- vos enfants ou ceux de votre conjoint, âgés de moins de 18 ans ;  
Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à la veille :
  - du 21<sup>e</sup> anniversaire pour les enfants considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale, de vous-même ou de votre conjoint,
  - du 28<sup>e</sup> anniversaire pour les enfants affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants, ou immatriculés personnellement à la Sécurité sociale, s'ils sont en contrat d'apprentissage ou de qualification, et ne percevant pas des revenus supérieurs à 55 % du SMIC brut annuel,
  - du 28<sup>e</sup> anniversaire pour les enfants handicapés s'ils ouvrent droit à l'allocation d'éducation prévue à l'article L. 541-1 du Code de la sécurité sociale ou à l'allocation d'adulte handicapé prévue à l'article L. 821-1 de ce code et ne percevant pas des revenus supérieurs à 55 % du SMIC brut annuel,
- les ascendants considérés comme vos ayants droit par la Sécurité sociale ou ceux de votre conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale.

## Structures d'affiliation

Votre employeur a effectué son choix parmi l'une des trois propositions définies ci-après.

### La structure assuré seul :

Votre affiliation est obligatoire.

### La structure famille au sens de la Sécurité sociale :

Votre affiliation est obligatoire.

Elle entraîne de plein droit celle :

- des enfants à votre charge ou ceux de votre conjoint que celui-ci soit à charge ou non au sens de la Sécurité sociale,
- de votre conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale,
- de vos ascendants ou ceux de votre conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale, considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale.

### La structure assuré seul / famille au sens de la Sécurité sociale :

Votre affiliation est obligatoire.

Celle de vos ayants droit est déterminée en fonction de votre situation familiale réelle sauf cas de dispense prévue par la réglementation sociale en vigueur.

Vous êtes donc affilié :

- seul,
- ou avec l'ensemble de votre famille au sens de la Sécurité sociale : dans ce cas sont couverts de plein droit :
  - les enfants à votre charge ou ceux de votre conjoint que celui-ci soit à charge ou non au sens de la Sécurité sociale,
  - votre conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale,
  - vos ascendants ou ceux de votre conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale, considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale.

**Le changement d'affiliation au sein de la présente structure est possible uniquement en cas de modification de votre situation familiale réelle.**

## QUAND BÉNÉFICIEZ-VOUS DES GARANTIES ?

### Quand prennent effet vos garanties ?

#### Pour vous

Sous réserve que votre demande d'affiliation nous parvienne dans les trente jours, les garanties prennent effet :

- à la date d'effet du contrat si vous appartenez à la catégorie de personnel assurée à cette date,
- à la date de votre entrée dans la catégorie de personnel assurée (embauche ou promotion) postérieurement à la souscription,
- au jour de votre demande d'affiliation, si vous bénéficiez d'une dispense d'affiliation.

#### Pour vos ayants droit

Sous réserve que votre demande d'affiliation nous parvienne dans les trente jours, les garanties prennent effet :

- à la même date que vos garanties,
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit,
- au jour où est intervenu le changement de situation familiale (mariage, Pacs, naissance...) ou au lendemain de la radiation par le précédent organisme assureur,
- au jour de la demande d'affiliation, pour ceux qui bénéficiaient d'une dispense d'affiliation.

Au-delà du délai de trente jours, les garanties prennent effet au premier jour du mois civil suivant la demande.

### Si vous êtes un ancien salarié bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité à la date d'effet du contrat

Vous et vos ayants droit, couverts précédemment par un autre organisme assureur, bénéficiez des présentes garanties si vous continuez à remplir les conditions prévues au paragraphe « Quand pouvez-vous bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ? ».

La portabilité prévue par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale ne prévoit pas de cotisation à votre charge.

## Quand cessent vos garanties ?

### Pour vous

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- à la date de suspension de votre contrat de travail, sauf dispositions du paragraphe intitulé « Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ? »,
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la portabilité,
- à la date à laquelle vous cessez de remplir les conditions vous permettant de bénéficier du maintien de la portabilité, dans la limite fixée par celle-ci,
- à la date d'effet de votre retraite de la Sécurité sociale (sauf dans le cas de cumul emploi retraite).

En l'absence de déclaration de votre radiation par votre employeur, nous pourrions réclamer le remboursement des sommes indûment versées.

### Pour vos ayants droit

Leurs garanties cessent à la même date que les vôtres. De plus, leurs garanties cessent à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit.

## Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ?

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer si votre contrat de travail est suspendu, et si vous êtes :

- bénéficiaire d'un maintien de rémunération de la part de votre employeur,

ou

- en arrêt de travail, indemnisé, à ce titre, par le régime complémentaire financé au moins pour partie par votre employeur.

Les garanties sont maintenues tant que vous faites partie des effectifs de l'entreprise.

## Quand pouvez-vous bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité ?

En cas de cessation de votre contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, en dehors du cas de licenciement pour faute lourde, vous bénéficiez du maintien de vos garanties. Ce maintien est également accordé à vos ayants droit déclarés qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation de votre contrat de travail.

Les droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la cessation de votre contrat de travail.

Le maintien de vos garanties prend effet au lendemain de la date de cessation de votre contrat de travail. Vous êtes tenu de nous remettre, les éléments suivants :

- la demande nominative de maintien des garanties,
- le justificatif de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- l'information relative à toute modification de votre situation entraînant la cessation du maintien des garanties ou toute modification de votre situation ou de celle de vos ayants droit,

Ces éléments nous permettront de déterminer les dates de début et de fin de la période de maintien.

La durée du maintien des garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée de votre dernier contrat de travail ou de la durée totale de vos contrats successifs chez un même employeur, appréciée en mois et arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

En cas de modification du contrat d'assurance, les modifications de garanties vous sont appliquées ainsi qu'à vos ayants droit.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement de vos allocations payées par le régime d'assurance chômage,
- la date d'effet de votre retraite Sécurité sociale,
- l'issue de la durée de maintien à laquelle vous avez droit et ce dans la limite de douze mois,
- la date d'effet de la résiliation du contrat.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.

## Maintien individuel des garanties hors portabilité

Si vous êtes un ancien salarié bénéficiant de prestations d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'un revenu de remplacement si vous êtes privé d'emploi ou vos ayants droit en cas de décès de votre part, vous ou vos ayants droit pouvez demander :

- à bénéficier du maintien des présentes garanties,
- ou
- à souscrire à un contrat adapté à votre/leur nouvelle situation.

Vous ou vos ayants droit, devez nous faire part de votre choix par écrit.

### Quel que soit le choix retenu :

- aucune formalité médicale ou période probatoire ne sera requise,
- la demande de souscription doit être faite dans les six mois suivant la rupture de votre contrat de travail ou votre décès.

Dans le cas particulier de la portabilité, le délai de six mois court à compter du terme de la période de maintien des garanties.

Votre employeur doit nous informer de votre décès ou de la rupture de votre contrat de travail, si vous êtes éligible au maintien individuel des garanties, dans un délai de trente jours afin de nous permettre de vous adresser ou à vos ayants droit, la proposition de couverture.

Nous adressons la proposition de maintien de la couverture à compter de la cessation de votre contrat de travail ou à la fin de la période de maintien des garanties à titre temporaire ou après votre décès.

Les garanties prennent effet au plus tard au lendemain de la demande.

### Le maintien des présentes garanties

Si vous êtes un ancien salarié, votre maintien des garanties est viager. En revanche, vos ayants droit sont exclus du maintien des garanties. Toutefois, ils peuvent demander à souscrire à un contrat que nous leur proposerons.

Pour vos ayants droit, en cas de décès de votre part, le maintien des garanties cesse au terme d'une période de douze mois.

Dans le cadre du maintien des présentes garanties, le montant des cotisations ne pourra être majoré de plus de 50 % du tarif global du régime d'activité à la date d'effet dudit maintien.

### La souscription à un contrat adapté à votre nouvelle situation

Nous vous proposons un contrat tenant compte à la fois de vos besoins en matière de frais de santé et de vos ressources.

Le montant des cotisations est alors fonction du niveau de garanties choisi et de l'âge des bénéficiaires.

## LES COTISATIONS

Les cotisations qui nous sont versées par votre employeur sont exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale.

## LES PRESTATIONS

### Quelles sont les prestations ?

Le niveau des garanties est décrit au tableau de garanties.

Le contrat prend en charge, dans la limite du niveau de garanties, le remboursement :

- des frais restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale,
- de soins médicalement prescrits à caractère thérapeutique, non pris en charge par la Sécurité sociale prévus au tableau de garanties,
- de soins pris en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus au tableau de garanties,
- des dépenses de prévention mentionnées au tableau de garanties.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale : le niveau des prestations est établi en fonction de la codification des actes médicaux, du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base de remboursement de la Sécurité sociale ou ticket modérateur), et de la législation en vigueur à la date des soins.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de prestations de cet organisme ou celui qui vous est facturé, en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie. La date des soins retenue est celle prise en compte par la Sécurité sociale, ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle de votre employeur entraîne la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.

### Quelles sont les limites de remboursement ?

**Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la participation forfaitaire et les franchises médicales, ne donnent pas lieu à remboursement de notre part, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale.**

**Le total de nos remboursements, de ceux de la Sécurité sociale et ceux de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées telles que définies au paragraphe intitulé « Quelles sont les prestations ? » ci-dessus.**

**Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne sera pas reporté sur l'année suivante.**

**Dans le respect des critères du contrat responsable et de la couverture minimale exposés au paragraphe « critères du contrat responsable et de la couverture minimale », nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. Concernant la périodicité de deux ans ou d'un an selon le cas il est précisé que :**

- celle-ci est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat,
- en cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, la période pendant laquelle un équipement (monture + verres) peut être remboursé est identique (la période débute à la date d'acquisition du 1<sup>er</sup> élément de l'équipement),
- l'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165-1 du Code de la sécurité sociale (cas de l'adaptation par l'opticien d'une prescription médicale de moins de 3 ans sauf opposition du médecin, dans les conditions visées à l'article L. 4362-10 du Code de la santé publique).

### Critères du contrat responsable et de la couverture minimale

Les prestations complémentaires sont servies dans le respect des dispositions légales et réglementaires du **contrat responsable** prévues aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale et de la **couverture minimale** prévues aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du Code de la sécurité sociale.

#### Contrat responsable

**Conformément à la réglementation**, le contrat souscrit par votre employeur, prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie,
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R. 322-8 I du Code de la sécurité sociale,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100 % de la base de remboursement (et par exception de 125 % pour les soins délivrés en 2015 et 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins, minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge d'équipements d'optique médicale (verres et monture) supérieure au ticket modérateur, elle doit respecter les périodes définies pour leur renouvellement ainsi que des minima et des maxima énoncés à l'article R. 871-2 3 du Code de la sécurité sociale, incluant le ticket modérateur.

## Couverture minimale

**Conformément à la réglementation**, le contrat souscrit par votre employeur, prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée,
- à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie, les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale,
- un forfait minimum pour des équipements d'optique médicale (verres et monture) soumis au remboursement de l'assurance maladie, dans la limite de vos frais exposés. Les forfaits énoncés au D. 911-1 4° du Code de la sécurité sociale sont fonction de la correction de la vue et versés selon les périodes définies pour le renouvellement des dispositifs.

## Dispositions communes

**Toutefois, le contrat souscrit par votre employeur ne prend pas en charge :**

- **la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale,**
- **la majoration du ticket modérateur restant à votre charge en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,**
- **les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).**

Les garanties et niveaux de remboursement seront adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant « la couverture minimale » et « les contrats responsables ».

## Libre choix de l'assuré

Nous pouvons passer des conventions particulières avec les praticiens et les établissements.

Toutefois, vous et vos ayants droit conservez le libre choix du praticien et le libre choix de l'établissement de soins, à condition que celui-ci soit agréé par la Sécurité sociale.

## Réseau optique

Nous avons conclu un accord auprès d'opticiens constituant un réseau optique pouvant vous permettre ainsi qu'à vos ayants droit de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses sont engagées au sein de ce réseau.

Si la garantie le prévoit, les majorations de prestations seront indiquées au tableau de garanties.

Pour bénéficier des majorations dans le cadre de notre réseau, vous devez avoir recours au tiers payant.

Dans le cadre de notre réseau optique, les tarifs pratiqués respectent les minima de la couverture minimale prévus à l'article D. 911-1 4° du Code de la sécurité sociale et les seuils des contrats responsables tels que mentionnés à l'article R. 871-2 de ce même code.

Les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulables. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées au tableau de garanties.

La liste des opticiens appartenant à notre réseau optique est disponible sur notre site Internet [malakoffmederic.com](http://malakoffmederic.com).

## Réseau d'audioprothésistes

Nous avons conclu un accord auprès d'audioprothésistes constituant un réseau audio vous permettant ainsi qu'à vos ayants droit de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses sont engagées au sein de ce réseau, notamment des prix négociés sur toutes les gammes d'équipement audio disponibles sur le marché assurant un moindre reste à charge. Si la garantie le prévoit, les majorations de prestations seront indiquées au tableau de garanties.

Les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulables. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées au tableau de garanties.

La liste des audioprothésistes appartenant à notre réseau audio est disponible sur notre site Internet [malakoffmederic.com](http://malakoffmederic.com).

## Devis conseil express

Nous mettons à votre disposition un service d'analyse gratuit et personnalisé des devis optique, prothèses dentaires et auditives. Ce service est délivré par Malakoff Médéric Conseil Santé.

Malakoff Médéric Conseil Santé s'engage à vous adresser une étude personnalisée dans un délai de 48 heures (hors jours fériés). Cette analyse comporte une comparaison du devis qui vous est proposé par rapport à la moyenne des prix pratiqués dans la zone géographique dont vous relevez.

En outre, les coordonnées de trois opticiens de notre réseau optique vous seront communiquées. Vous recevrez également une simulation du remboursement de la Sécurité sociale et de nos remboursements, sur la base du prix demandé par le praticien. Vous disposez ainsi d'une vision exacte de votre reste à charge.

Pour bénéficier de ce service, vous pouvez imprimer des modèles de devis sur notre site Internet **malakoffmederic.com** ou utiliser le formulaire fourni par le professionnel de santé. Les devis doivent être retournés signés à l'adresse suivante :

**Malakoff Médéric Conseil Santé**  
21 rue Laffitte – 75317 Paris cedex 09

### Tableau de bord santé

**Votre tableau de bord santé : un service innovant pour piloter votre budget santé et optimiser vos dépenses de soins.**

Vous disposez d'un service complet d'analyse de vos dépenses de santé, assorti de conseils pour optimiser vos dépenses de santé, réduire les frais à votre charge et vous orienter vers une offre de soins de qualité au meilleur coût.

Accessible sur le site malakoffmederic.com dans votre Espace client via la rubrique « mon compte » votre Tableau de bord santé personnel offre une vue synthétique et pédagogique sur :

#### - l'historique des remboursements :

Chaque acte remboursé est détaillé avec le rappel de la date des soins, le bénéficiaire concerné, la nature de l'acte, les montants pris en charge par la Sécurité sociale et Malakoff Médéric et le reste à charge éventuel.

#### - l'analyse détaillée des dépenses de santé sur les douze derniers mois :

Vue synthétique et graphique par catégorie de soins (médecine de ville, hospitalisation, pharmacie, optique, dentaire), par bénéficiaire et par type de prise en charge.

#### - des conseils pour optimiser vos dépenses de santé futures en utilisant nos services d'orientation selon vos besoins :

Réseaux de soins KALIVIA, Devis conseil, comparateur des hôpitaux, centres de santé partenaires, centres ophtalmologiques Point Vision.

#### - un mémo de prévention santé, personnalisé :

Rappels des actions de prévention utiles pour préserver le capital santé selon le profil de chaque bénéficiaire.

### Tiers payant

Le service du tiers payant qui permet d'être dispensé de tout ou partie de l'avance des frais vous est accordé ainsi qu'à vos ayants droit pour les dépenses engagées auprès des professionnels de santé avec lesquels nous avons conclu des conventions.

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

En cas de radiation des effectifs, vous devez sans délai nous retourner votre carte de tiers payant santé.

### Contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle pour toutes demandes concernant les prestations notamment pour les garanties dentaire ou optique avant ou après le paiement des prestations.

Nous pouvons avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de notre choix, dont les honoraires sont à notre charge. Si vous ou vos ayants droit refusez de vous soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, vous devrez adresser à notre médecin-conseil, dans les trente jours suivant la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de votre résidence, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés, à parts égales, par les deux parties.

## QUELLES SONT VOS FORMALITÉS DÉCLARATIVES ?

### Quand et comment nous déclarer vos ayants droit ?

Vous devez déclarer vos ayants droit, grâce au « bulletin individuel d'affiliation » :

- lors de votre affiliation,
- à chaque modification de votre situation familiale.

Vous devez joindre une photocopie de l'attestation carte Vitale délivrée par votre caisse primaire d'assurance maladie.

De plus, pour justifier la qualité d'ayant droit, vous devez joindre les pièces suivantes :

- une photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale pour chacun de vos ayants droit immatriculés personnellement à la Sécurité sociale ;
- en cas de Pacs, une copie de la convention de Pacs ;
- en cas de concubinage, une attestation de vie maritale délivrée par la mairie ou tout autre document justifiant d'une adresse commune, l'adresse figurant sur les attestations jointes aux cartes Vitales doit être identique ;
- pour votre enfant de 21 ans à 28 ans, un certificat de scolarité, une photocopie du contrat d'apprentissage ou de qualification ainsi qu'une attestation certifiant que votre enfant est entièrement à votre charge ou que ses revenus ne soient pas supérieurs à 55 % du SMIC brut annuel ;
- pour votre enfant handicapé avant 18 ans (ou 28 ans s'il poursuit des études à condition que ses revenus ne soient pas supérieurs à 55 % du SMIC brut annuel) et percevant l'allocation d'éducation pour enfant handicapé prévue à l'article L. 541-1 du Code de la sécurité sociale ou l'allocation d'adulte handicapé prévue à l'article L. 821-1 de ce code, une copie du document lui accordant cette allocation.

**En cas d'absence d'un de ces documents, vos ayants droit concernés ne pourront pas bénéficier de votre garantie frais de santé.**

### Comment obtenir un remboursement ?

Pour obtenir le premier remboursement, votre demande d'affiliation doit nous avoir été adressée par votre employeur.

#### **Pour vous et les membres de votre famille indemnisés sous votre numéro de Sécurité sociale**

Il existe une procédure de traitements automatiques des remboursements (NOEMIE) entre la Sécurité sociale et nous. Cette procédure vous permet, ainsi qu'aux membres de votre famille indemnisés sous votre numéro de Sécurité sociale, de ne rien nous adresser, sauf demande expresse, dès lors que la demande de remboursement a été adressée à la Sécurité sociale.

Pour s'assurer que vous n'avez rien à nous adresser, vous devez vérifier que la mention « décompte transmis à votre organisme complémentaire », ou une formule similaire, est indiquée sur votre décompte de la Sécurité sociale.

Si ce n'est pas le cas, vous devrez adresser l'original du décompte de la Sécurité sociale pour notre remboursement.

Si, pour procéder au remboursement, nous avons besoin d'une facture (optique, prothèse dentaire...), nous vous la réclamerons.

Si, par contre, vous n'avez pas adressé de demande de remboursement à la Sécurité sociale, par exemple parce que vous n'avez acquitté que le ticket modérateur, vous devez nous adresser votre reçu des sommes acquittées pour votre remboursement.

Les demandes de prestations doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Si, en changeant de domicile, vous changez de caisse primaire d'assurance maladie, vous devez nous adresser une photocopie de votre nouvelle attestation de carte Vitale pour continuer à bénéficier de la procédure NOEMIE.

#### **Pour les membres de votre famille ayant leur propre numéro de Sécurité sociale**

Vous devez déclarer sur votre bulletin individuel d'affiliation si ces derniers sont affiliés ou non à un organisme complémentaire.

Notre intervention diffère selon leur situation :

- s'ils sont affiliés à un organisme complémentaire, ils bénéficieront éventuellement d'un remboursement complémentaire de notre part après remboursement de l'organisme complémentaire et au vu de l'original du décompte qui leur aura été adressé par celui-ci,
- s'ils ne sont pas affiliés à un organisme complémentaire, ils bénéficieront de notre garantie et de la procédure NOEMIE dans les mêmes conditions que vous.

Dans le cas où votre conjoint, votre partenaire pacsé, votre concubin ou vos enfants à charge relève(nt) d'un régime particulier tel que :

- régime étudiant,
- régimes de la fonction publique,
- régimes spéciaux des travailleurs non salariés,
- régime minier,

il est nécessaire de nous adresser les originaux des décomptes de prestations de ces organismes ou de l'organisme complémentaire dont ils pourraient bénéficier en complément, pour que nous puissions intervenir à titre complémentaire ou surcomplémentaire.

### Comment consulter vos remboursements ?

Vous pouvez consulter à tout moment vos remboursements effectués sur votre compte en consultant l'un des services suivants :

Notre site Internet :  
malakoffmederic.com

ou

Par téléphone au :  
39 32 (prix d'un appel local\*)

du lundi au vendredi de 8 h 30 à 21 heures  
le samedi de 9 heures à 18 heures

\*hors surcoût éventuel de votre opérateur

### À qui adresser vos courriers ?

Tous les courriers doivent être adressés à votre centre de gestion dont l'adresse figure sur votre carte de tiers payant santé (aucun courrier ne doit être adressé à Viamédis qui est l'organisme gestionnaire du tiers payant).

Vous êtes tenu de nous signaler tout changement d'adresse et de coordonnées bancaires ou postales.

## LES GÉNÉRALITÉS DU CONTRAT

### Pièces justificatives

Le paiement de nos prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives.

Nous pourrions demander la transmission des originaux de toutes pièces permettant de justifier la dépense réelle engagée afin de contrôler la réalité et le montant des prestations.

Dans l'attente de l'obtention de ces pièces, nous nous réservons le droit de suspendre le remboursement des prestations.

Si nous avons déjà procédé au remboursement, nous serons fondés à l'issue du contrôle à demander la restitution des sommes réglées indûment.

### Prescription

**Les actions relatives au contrat souscrit par votre employeur sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Toutefois ce délai ne court :**

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

**Lorsque vous, votre entreprise ou le bénéficiaire intentez une action en justice à notre encontre et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à votre encontre, celle de votre entreprise ou du bénéficiaire ou a été indemnisé par vos soins, votre entreprise ou le bénéficiaire.**

**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 de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception soit que nous adressons à votre entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que vous ou vos ayants droit nous adressez en ce qui concerne le règlement de la prestation.**

### Mobilité des assurés à l'étranger

Les garanties sont acquises aux bénéficiaires du contrat et notamment si :

- vous résidez en France et exercez votre activité sur le territoire français,
- vous résidez en France et exercez votre activité professionnelle à l'étranger dans le cadre d'un déplacement professionnel de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale française,
- vous résidez à l'étranger et exercez votre activité professionnelle sur le territoire français et que vous êtes affiliés au régime de Sécurité sociale française.

Les soins effectués à l'étranger sont remboursés en complément des prestations versées par la Sécurité sociale française et effectués en euros, selon les garanties prévues au contrat. Dans le cadre de la différenciation des prestations entre les honoraires déclarés « dans le cadre du contrat d'accès aux soins » et « hors contrat d'accès aux soins », les actes effectués à l'étranger seront remboursés à hauteur des niveaux de remboursement « hors contrat d'accès aux soins » indiqués dans votre tableau de garanties.

Ces garanties s'exercent également si vous êtes en déplacement de moins de trois mois, en dehors du territoire français, dans le cadre d'un séjour privé.

Les soins effectués à l'étranger sont remboursés à la double condition :

- d'avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale française,
- d'avoir été engagés de manière inopinée et non programmée (soins urgents).

### Subrogation

Lorsque vous ou un ayant droit êtes atteint d'une affection ou êtes victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, nous disposons d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

Si vous êtes atteint de blessures imputables à un tiers, vous et/ ou, le cas échéant, votre entreprise, devez nous en informer lors des formalités de demande de prestations.

### À qui vous adresser en cas de réclamation ?

En cas de difficultés dans l'application du contrat, votre entreprise ou vous pouvez nous contacter :

- pour votre entreprise : [reclamation-entreprise@malakoffmederic.com](mailto:reclamation-entreprise@malakoffmederic.com) ou à l'adresse du Service Réclamations Entreprises – 21 rue Laffitte 75009 Paris
- pour vous : [reclamation-particulier@malakoffmederic.com](mailto:reclamation-particulier@malakoffmederic.com) ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers – 21 rue Laffitte 75009 Paris

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif à vos garanties n'a pu être trouvée, vous et les bénéficiaires pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, vous adresser au médiateur du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), à l'adresse suivante : 10 rue Cambacérès, 75008 Paris.

Ce médiateur doit être saisi uniquement après épuisement de nos procédures internes étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de la compétence de celui-ci (ex : les résiliations de contrat, les augmentations de cotisations ou encore les procédures de recouvrement).

### Informatique et libertés

Les données que vous communiquez dans le cadre du contrat souscrit par votre entreprise sont destinées à Malakoff Médéric Prévoyance, responsable de traitement, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution de l'adhésion au contrat. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé ayant pour finalité d'enregistrer et traiter la demande d'adhésion au contrat.

Elles pourront également faire l'objet d'un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les informations qui vous sont demandées, ainsi que celles qui sont produites à l'occasion de la gestion et de la conclusion de l'adhésion au contrat, sont nécessaires pour prendre en compte votre situation.

Sauf opposition écrite de votre part, ces informations peuvent être communiquées à nos organismes de retraite ou d'assurance ainsi qu'à nos filiales et partenaires, dont la liste vous sera transmise sur simple demande, aux fins de vous informer de nos offres de produits et services.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification et le cas échéant de suppression aux informations vous concernant, et pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer à leur traitement. Vous pouvez exercer votre droit en justifiant de votre identité à l'adresse suivante :

Malakoff Médéric  
Pôle informatique et libertés  
21 rue Laffitte 75317 Paris cedex 9  
ou par courriel : [sgil@malakoffmederic.com](mailto:sgil@malakoffmederic.com)

#### Contrôle de l'organisme assureur

Nous sommes soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

#### Garanties d'assistance

Lors de la remise de votre notice par votre employeur, vous trouverez en complément de celle-ci, une notice précisant les conditions d'accès aux prestations proposées par AUXIA Assistance.

## LEXIQUE

### Actes techniques médicaux

Participation forfaitaire, prévue à l'article L. 322-2-II du Code de la sécurité sociale, à votre charge pour certains actes ou consultations pris en charge par l'assurance maladie et réalisés par un médecin en ville ou dans un établissement de santé (à l'exclusion notamment des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale.

### Acupuncture

Il s'agit d'un traitement par implantation d'aiguilles visant à fluidifier la circulation de l'énergie dans le corps.

### Base de remboursement

Il s'agit du tarif de base déterminé par la Sécurité sociale française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non conventionnés.

### Chiropractie

Il s'agit d'une médecine naturelle qui a pour objet de diagnostiquer, traiter ou prévenir les troubles musculaires en se concentrant principalement sur la manipulation des terminaisons nerveuses.

### Contrat d'accès aux soins

Le contrat d'accès aux soins a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale. Il a pour objectif principal d'améliorer l'accès aux soins, en incitant les médecins de secteur 2 à modérer leur pratique tarifaire, et en améliorant la prise en charge de leurs patients qui seront remboursés sur la base des tarifs du secteur 1.

En effet, le contrat aligne, au même niveau, les bases de remboursement des médecins des secteurs 1 et 2. Ainsi, pour une consultation de spécialiste de secteur 2 facturée 40 euros, le reste à charge du patient doit s'élever à 12 euros dans le cadre du contrat d'accès aux soins (contre 17 euros hors contrat), cette consultation étant remboursée sur la base de 28 euros (contre 23 euros auparavant).

Le site [ameli-direct.fr](http://ameli-direct.fr) permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du contrat d'accès aux soins.

### Dépassements d'honoraires non pris en charge

Lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonnés, les médecins spécialistes sont autorisés à pratiquer des dépassements dans certaines limites pour chaque acte effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

### Forfait hospitalier

Il s'agit de la somme journalière à votre charge et dont le montant est fixé par arrêté.

### Majoration de participation financière

Si vous n'avez pas de médecin traitant, ou si vous consultez directement un médecin sans prescription de votre médecin traitant (sauf en cas d'urgence ou de consultation en dehors du lieu de votre résidence habituelle) ou dans certains cas si vous refusez l'accès à votre dossier médical personnel, conformément aux dispositions des articles 3 et 7 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, une majoration du ticket modérateur sera effectuée.

### Ostéopathie

Il s'agit d'un traitement manuel s'intéressant aux troubles fonctionnels du corps humain.

### Régime obligatoire

Le régime de Sécurité sociale français auquel vous êtes affilié.

### TA (tarif d'autorité)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

### TC (tarif de convention)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

### TFR (tarif forfaitaire de responsabilité)

Base de remboursement du régime obligatoire calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établie par arrêté ministériel.

### TM (ticket modérateur)

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion de la contribution forfaitaire et de la majoration de participation financière maintenues à votre charge.

### TR (tarif de responsabilité)

Cela vise :

- le tarif de convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- le tarif d'autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

### Tiers payant (ou dispense d'avance de frais)

Paiement direct, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques par les organismes d'assurance complémentaire, à votre place.



**Malakoff Médéric Prévoyance**  
Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale  
21 rue Laffitte 75009 Paris – Tél. 01 56 03 34 56 – Fax 01 56 03 45 67  
Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Médéric  
Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris [malakoffmederic.com](http://malakoffmederic.com)



**AUXIA Assistance**  
Entreprise régie par le Code des assurances,  
SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 €  
RCS de Paris 351 733 761  
Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris