

Notice d'information

Garanties Frais de Soins de Santé réservées aux anciens salariés de la Banque de France et à leurs ayants droit

Édition janvier 2022 – Contrat N° DMA-2021-000341



La Banque de France a choisi de vous faire bénéficier des avantages d'un régime d'assurance collectif Complémentaire Santé à adhésion facultative assuré par la SMCC, pouvant être étendu aux membres de votre famille (enfant(s) à charge, conjoint et/ou ascendant).

Cette notice d'information est destinée à vous informer sur vos garanties.

Sommaire

1. PRÉAMBULE	1
<ul style="list-style-type: none">• Objet du contrat• Définitions	
2. ADHÉSION DE L'ASSURÉ À TITRE PRINCIPAL	3
<ul style="list-style-type: none">2.1 Conditions à l'adhésion2.2 Date d'effet des garanties2.3 Cessation des garanties2.4 Cotisation	
3. ADHÉSION DES AYANTS DROIT, ASSURÉS À TITRE ACCESSOIRE	5
<ul style="list-style-type: none">3.1 Conditions à l'adhésion3.2 Date d'effet des garanties3.3 Durée des garanties3.4 Cessation des garanties3.5 Cotisation	
4. GARANTIES ET PRESTATIONS	7
<ul style="list-style-type: none">4.1 Dispositif Contrat Responsable4.2 Montant des prestations4.3 Limites au versement des prestations4.4 Soins reçus hors de France4.5 Exclusions	
5. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	11
<ul style="list-style-type: none">5.1 Déchéance de garantie5.2 Subrogation5.3 Prescription5.4 Droit de renonciation à l'adhésion5.5 Réclamations – Médiation5.6 Organisme de contrôle5.7 Protection des données à caractère personnel	
GUIDE PRATIQUE	14
<ul style="list-style-type: none">• Les justificatifs à joindre au bulletin d'adhésion• Les justificatifs à joindre aux demandes de prestations• Les autres prestations et services<ul style="list-style-type: none">○ La prise en charge hospitalière○ Le tiers payant généralisé○ Les prestations d'assistance○ Les Fonds de Solidarité de la SMCC• Les outils digitaux<ul style="list-style-type: none">○ Le site internet de la SMCC○ L'espace sécurisé de MALAKOFF HUMANIS	
ANNEXES	

Font partie intégrante de la présente Notice d'Information, les annexes suivantes :

- Annexe 1 : Tableau des prestations
- Annexe 2 : Assistance
- Annexe 3 : Communication Frais de Gestion et Prestations sur Cotisations

1. PRÉAMBULE

OBJET DU CONTRAT

Le contrat collectif conclu entre la Banque de France et la SMCC met en œuvre les dispositions de l'accord d'entreprise applicable à compter du 1^{er} janvier 2022 relatif au dispositif de couverture complémentaire santé de la Banque de France.

Il a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles la SMCC garantit, **à titre facultatif**, l'ensemble des anciens agents de la Banque de France, **relevant du régime de Sécurité sociale français**, afin de leur faire bénéficier de prestations complémentaires santé, en complément des remboursements assurés par le régime obligatoire français au titre des prestations en nature du risque maladie et maternité.

Les ayants droit des anciens agents de la Banque de France, tels que définis ci-dessous, peuvent adhérer à titre facultatif au contrat collectif et bénéficier de ces garanties, dans les conditions prévues exclusivement à l'article 3 de la présente notice d'information.

Le contrat collectif est conforme aux dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et des textes pris pour son application, relatifs aux « contrats santé complémentaires » dits « contrats responsables ».

DÉFINITIONS

- **Accord d'entreprise** : accord d'entreprise applicable à compter du 1er janvier 2022 pour la mise en place d'un dispositif de couverture complémentaire santé.
- **Actes Hors Nomenclature** : actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits à la nomenclature des actes professionnels.
- **Agent** : toute personne membre du personnel de la Banque de France, titulaire ou contractuel, entretenant avec la Banque de France une relation de travail ou ayant conclu avec la Banque de France un contrat de travail, à temps plein ou à temps partiel, justifiant en cette qualité d'une rémunération versée par cette dernière.
- **Assuré** :
 - **Assuré à titre principal** : ancien agent de la Banque de France, adhérent lors de son départ de la Banque au régime complémentaire santé à adhésion obligatoire. En adhérant au contrat collectif, il acquiert la double qualité de
 - **Ouvrant Droit** pour lui-même et ses éventuels ayants droit.
 - **Membre Participant** de la SMCC, disposant ainsi d'une voix à l'Assemblée Générale de celle-ci.
 - **Assuré à titre accessoire** : ensemble des personnes bénéficiant à titre facultatif des garanties du contrat collectif, du fait de leur lien familial avec l'assuré à titre principal.
- **Assureur** : la SMCC (Société Mutualiste Chirurgicale et Complémentaire du personnel de la Banque de France), personne morale de droit privé à but non lucratif régie par les dispositions du Livre 2 du Code de la Mutualité, immatriculée au registre national des mutuelles sous le numéro 775 657 125.
- **Ayants droit** : au sens du contrat sont définis comme ayants droit
 - **Le conjoint (*)** : personne mariée, ou par assimilation le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) avec assuré à titre principal
 - **Les enfants à charge (*)** : enfant âgé de moins de 28 ans dont l'assuré à la charge effective et permanente au sens de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale. L'enfant doit vivre de façon permanente en France. Si l'enfant travaille, sa rémunération nette ne doit pas être égale ou supérieure au SMIC (appréciée en moyenne mensuelle sur l'année calendaire écoulée). La condition d'âge ne s'applique pas aux enfants adultes handicapés de plus de 28 ans fiscalement à charge de l'ancien agent qui sont garantis sous réserve qu'ils perçoivent des revenus inférieurs au SMIC et qu'ils soient titulaires d'une carte d'invalidité ou d'une carte mobilité inclusion (CMI) mention invalidité ou bénéficiaires de l'allocation légale aux adultes handicapés.
 - **Les ascendants (*)** non imposables à titre personnel et qui sont à la charge fiscale de l'assuré à titre principal

(*) : la liste des justificatifs à communiquer se trouve dans le Guide Pratique de la présente Notice d'Information

- **Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR)** : assiette servant de base de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.
- **Garantie**: engagement de l'assureur de verser une prestation à l'assuré à titre principal ou, le cas échéant à ses ayants droit assurés à titre accessoire tels que définis au contrat collectif.
- **Gestionnaire** : organisme auquel l'assureur délègue certaines opérations d'assurance. Dans le cadre du contrat collectif conclu entre la Banque de France et la SMCC, cette dernière a confié à Malakoff Humanis Prévoyance, également désigné Malakoff Humanis, la gestion des adhésions et des prestations ainsi que le recouvrement des cotisations afférentes au régime facultatif.
- **Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)** : base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.
- **Plafond de la Sécurité sociale** : plafond servant de base à la Sécurité sociale pour le calcul de ses cotisations et de ses prestations.
- **Prestation** : mise en œuvre de la garantie par l'assureur.
- **Risque** : événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté de l'assuré.
- **Sinistre** : la réalisation du risque.
- **Souscripteur** : la Banque de France en sa qualité de souscripteur du contrat collectif.
- **Tarif d'Autorité (TA)** : tarif forfaitaire permettant de calculer le remboursement de la Sécurité sociale pour les prestations des professionnels non conventionnés.
- **Ticket modérateur** : part des frais de soins de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire égale à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

2. ADHÉSION DE L'ASSURÉ À TITRE PRINCIPAL

2.1 CONDITIONS À L'ADHÉSION

- Peuvent adhérer au contrat collectif, au terme de leur période d'admissibilité au contrat collectif à adhésion obligatoire N° DMA-2021-000340
 - Sous réserve d'en faire la demande **dans les 6 mois** suivant la rupture de la relation ou du contrat de travail :
 - Les anciens agents bénéficiaires d'une pension de retraite ;
 - Les anciens agents bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité versée par la Caisse des Réserve des employés de la Banque de France ou par la Sécurité sociale ;
 - Les anciens agents privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement.
- Peuvent adhérer au contrat collectif, au terme de la période de maintien des garanties (portabilité des droits)
 - Sous réserve d'en faire la demande **dans les 6 mois** suivant le terme de cette période
 - Les anciens agents bénéficiaires du maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale.
- Les veufs, veuves et orphelins d'agents décédés en période d'activité, peuvent également demander à adhérer à ce contrat collectif, sous réserve d'en faire la demande **dans les 6 mois** suivant le décès de l'agent.
- Les veufs, veuves et orphelins qui étaient ayants droit d'un assuré au titre du contrat collectif peuvent demander à être maintenus dans ce contrat **dans les 6 mois** suivant le décès de l'ouvreur droit.
- Les anciens agents de la Banque de France ainsi que leurs ayants droit, adhérant au 31 décembre 2021 au dispositif des sorties BDF souscrit par la Banque de France, peuvent adhérer au contrat collectif et bénéficier de l'ensemble de ses dispositions, sous réserve de faire la demande dans les 3 mois suivant l'entrée en vigueur du contrat, soit **au plus tard le 31 mars 2022**. Ces anciens agents sont alors assimilés à des assurés à titre principal.

À SAVOIR

- La demande d'adhésion se formalise par la signature d'un bulletin d'adhésion et la fourniture de tous les justificatifs et documents requis.
- Dans tous les cas, les garanties sont accordées sans période probatoire (sans délai de carence), sans droit d'entrée, ni examen ou questionnaire médical.
- **Une demande d'adhésion parvenue au-delà des délais de 6 mois et 3 mois précités, ne pourra être acceptée au titre de ce contrat.**
 - La SMCC pourra néanmoins proposer une adhésion au contrat « SMCC Individuels », sous réserve du respect des conditions d'adhésion prévues au règlement mutualiste. Les cotisations de ce contrat, fixées par la SMCC, ne bénéficient d'aucune subvention de la Banque de France, et sont à la seule charge de l'adhérent.



2.2 DATE D'EFFET DES GARANTIES

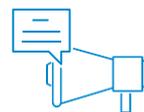
Sous réserve d'en faire la demande dans les délais impartis et du **paiement des cotisations** correspondantes, les garanties prennent effet :

- Au lendemain de la rupture de la relation ou du contrat de travail pour
 - Les anciens agents bénéficiaires d'une pension de retraite ;
 - Les anciens agents bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité versée par la Caisse des Réserve des employés de la Banque de France ou par la Sécurité sociale ;
 - Les anciens agents privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement.
- Au lendemain du terme du maintien des garanties pour
 - Les anciens agents bénéficiaires du maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale (portabilité des droits).

- Au lendemain du décès de l'assuré principal pour
 - Les veufs, veuves et orphelins d'agents décédés en période d'activité, couverts par le contrat à adhésion obligatoire N° DMA-2021-000340
 - Les veufs, veuves et orphelins qui étaient ayants droit d'un assuré principal au titre du présent contrat collectif
- À la date d'effet du contrat collectif (le 1er janvier 2022) pour
 - Les anciens agents de la Banque de France ainsi que leurs ayants droit, adhérant au 31 décembre 2021 au dispositif des sorties BDF souscrit par la Banque de France (Contrat F2015K0000067)

À SAVOIR

En cas de rupture de la relation ou du contrat de travail en cours de mois, le bénéfice des garanties du contrat collectif à adhésion obligatoire N° DMA-2021-000340 est maintenu jusqu'au terme du mois. Les garanties du présent contrat ne prennent donc effet qu'au 1^{er} jour du mois suivant la rupture de la relation ou du contrat de travail.



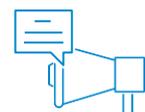
2.3 CESSATION DES GARANTIES

Le droit à garantie cesse pour chaque assuré à titre principal :

- À la date d'effet de la résiliation ou au terme du contrat collectif souscrit entre la Banque de France et la SMCC;
- À la date du décès de l'assuré principal
- À la date à laquelle l'assuré principal ne remplit plus les conditions d'adhésions visées à l'article 2.1 de la présente Notice d'Information.
- En cas de non-paiement de la cotisation déterminée à l'article 2.4 de la présente notice. À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, la SMCC, via son gestionnaire, peut suspendre les garanties trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception valant mise en demeure (le cachet de la poste faisant foi). Conformément à l'article L221-8 du code de la Mutualité, l'assureur a le droit de résilier l'adhésion facultative dix jours après l'expiration du délai de trente jours susmentionné ;
- Dans le cadre du dispositif de résiliation infra annuelle : à la demande de l'assuré principal (ou de l'ayant droit d'un agent ou ancien agent décédé), à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion au contrat. La résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande ; Cette demande de résiliation peut concerner l'ensemble des bénéficiaires (assuré principal et ses ayants droit) ou tout ou partie des ayants droit ; La SMCC ou le gestionnaire confirmera par écrit à l'agent avoir reçu sa demande de résiliation et la date effective de résiliation de l'adhésion.

À SAVOIR

- La résiliation de l'adhésion de l'assuré principal **vaut pour lui-même et, à même date, pour l'ensemble de ses ayants droit.**
- Toute résiliation de l'adhésion d'un assuré principal est **définitive.**



2.4 COTISATION

La cotisation, exprimée en euros, est calculée par la SMCC et est revalorisée annuellement.

Elle est payable par l'assuré principal par prélèvements mensuels sur son compte bancaire faits par le gestionnaire, déduction faite de la subvention versée par la Banque de France, directement à l'assureur, via son gestionnaire. Les prélèvements sont effectués le 10 de chaque mois.

À l'exception des résiliations d'adhésion entrant dans le champ du dispositif de résiliation infra annuelle et de celles effectuées pour non-paiement de cotisation, aucun prorata de cotisation n'est appliqué en cours de mois à l'adhésion comme à la résiliation de l'adhésion. Dans ce dernier cas, les droits sont maintenus jusqu'au dernier jour du mois cotisé.

La cotisation inclut l'ensemble des taxes prévues par les textes en vigueur. En cas d'instauration par les pouvoirs publics après la souscription du contrat collectif, de nouvelles taxes, contributions ou prélèvements sociaux, ou en cas d'augmentation de taxes, contributions, prélèvements sociaux actuels ou à venir, ou d'éventuelles évolutions législatives, réglementaires ou conventionnelles, les conditions contractuelles relatives aux cotisations pourront être revues.

3. ADHÉSION DES AYANTS DROIT, ASSURÉS À TITRE ACCESSOIRE

3.1 CONDITIONS À L'ADHÉSION

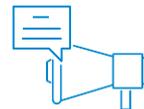
Peuvent adhérer à titre accessoire au contrat :

- Les **ayants droit** de l'assuré principal, sous réserve de l'adhésion de l'assuré à titre principal défini à l'article 2.1 de la présente Notice d'Information

À SAVOIR

L'**adhésion des ayants droits** ne peut produire ses effets que dans la mesure où l'assuré à titre principal

- Les a **inscrits sur le bulletin d'adhésion** (soit simultanément à son adhésion, soit postérieurement)
- Et a fourni **en même temps toutes pièces justificatives nécessaires**



3.2 DATE D'EFFET DES GARANTIES

Pour les ayants droits, les garanties prennent effet :

- À la date d'adhésion d'un assuré à titre principal si la demande d'adhésion à titre facultatif d'un ayant droit est faite simultanément
- Au jour de l'adoption ou de la naissance d'un enfant, si la réception de la demande d'adhésion de l'enfant est parvenue dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption ; À défaut, les garanties prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception, par le gestionnaire, de la demande d'adhésion et des justificatifs requis.
- Au 1er jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion du conjoint ou assimilé, parvenue dans les trois mois suivant la date
 - Du mariage (ou de signature d'un PACS ou de la vie en concubinage),
 - De la cessation du contrat de travail du conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin (si cet événement survient après l'adhésion obligatoire de l'agent, assuré principal) ;
- Au 1er janvier suivant, dans tous les autres cas, sous réserve que la demande d'adhésion soit parvenue à la SMCC ou son gestionnaire, avant le 31 octobre.

3.3 DURÉE DES GARANTIES

Pour les ayants droit, l'adhésion au contrat collectif s'entend pour une **durée minimale d'un an** à compter de la prise d'effet de l'adhésion

3.4 CESSATION DES GARANTIES

L'adhésion des ayants droits est résiliée :

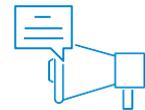
- À la date d'effet de la résiliation ou au terme du contrat collectif souscrit entre la Banque de France et la SMCC;
- À la date à laquelle cessent les garanties de l'assuré à titre principal ;
- À la date à laquelle l'ayant droit ne remplit plus les conditions d'adhésion visées à l'article 3.1 de la présente notice ;
- En cas de non-paiement de la cotisation déterminée à l'article 3.5 de la présente notice. À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, la SMCC, via son gestionnaire, peut suspendre les garanties trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception valant mise en demeure (le cachet de la poste faisant foi). Conformément à l'article L221-8 du code de la Mutualité, l'assureur a le droit de résilier l'adhésion facultative dix jours après l'expiration du délai de trente jours susmentionné ;
- Dans le cadre du dispositif de résiliation infra annuelle : à la demande de l'assuré principal, à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion au régime facultatif. La résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande ; Cette demande de résiliation peut concerner tout ou partie des ayants droit ; La SMCC ou le gestionnaire confirmera par écrit à l'agent avoir reçu sa demande de résiliation et la date effective de résiliation de l'adhésion.

- À effet du 1er janvier de l'année suivante, en cas de défaut de fourniture, dans un délai de 4 mois, des justificatifs **mentionnés au bulletin d'adhésion** et rappelés dans le **Guide Pratique** de la présente notice et dont le renouvellement pourrait être demandé en cours d'adhésion.

À SAVOIR

Si l'agent, assuré à titre principal, décide de résilier l'adhésion de l'un de ses ayants droit, une nouvelle demande d'adhésion à titre facultatif pourra être effectuée par la suite

- Sous réserve de l'application d'un **délai d'attente de trois ans**, à compter de la résiliation. Concrètement, la ré-affiliation prend effet au 1er janvier suivant l'écoulement de 3 années pleines à compter de la radiation de l'ayant droit concerné.
- Ce délai d'attente n'est pas applicable en cas de changement de situation familiale et sous réserve que la demande d'adhésion intervienne au plus tard dans les 3 mois suivant l'évènement



3.5 COTISATION

La cotisation, exprimée en euros, est calculée par la SMCC et est revalorisée annuellement.

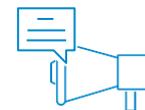
Elle est payable par l'assuré principal par prélèvements mensuels sur son compte bancaire faits par le gestionnaire, déduction faite de la subvention versée par la Banque de France, directement à l'assureur, via son gestionnaire. Les prélèvements sont effectués le 10 de chaque mois.

À l'exception des résiliations d'adhésion entrant dans le champ du dispositif de résiliation infra annuelle et de celles faites en cas de non-paiement de cotisation, aucun prorata de cotisation n'est appliqué en cours de mois à l'adhésion comme à la résiliation de l'adhésion. Dans ce dernier cas, les droits sont maintenus jusqu'au dernier jour du mois cotisé.

La cotisation inclut l'ensemble des taxes prévues par les textes en vigueur. En cas d'instauration par les pouvoirs publics après la souscription du contrat collectif, de nouvelles taxes, contributions ou prélèvements sociaux, ou en cas d'augmentation de taxes, contributions, prélèvements sociaux actuels ou à venir, ou d'éventuelles évolutions législatives, réglementaires ou conventionnelles, les conditions contractuelles relatives aux cotisations pourront être revues.

À SAVOIR

- **Gratuité à partir du 4^{ème} enfant** : dès lors que 3 enfants sont affiliés au contrat au titre d'un même assuré principal, l'affiliation de tout enfant supplémentaire est gratuite.



4. GARANTIES ET PRESTATIONS

Les garanties Frais de Soins de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais exposés par les assurés, **en complément des remboursements de la Sécurité Sociale** effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus et des frais non pris en charge dans la cadre du « contrat solidaire et responsable » et mentionnés à l'article 4.5 de la présente notice d'information.

4.1 DISPOSITIF CONTRAT RESPONSABLE

Le Contrat souscrit par la Banque de France est conforme aux conditions spécifiques propres aux Contrats responsables définis à l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et à ses décrets d'application, notamment l'article R. 871-2 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

En conséquence :

Le Contrat ne prend pas en charge

- La majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins : absence de désignation du médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant ou, à compter de sa mise en place, de non autorisation d'accès au dossier médical personnel (article L.1111-15 du code de la Santé publique);
- Les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques lorsque le bénéficiaire ne respecte pas le parcours de soins, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- La participation forfaitaire mise à la charge de l'assuré pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et pour les actes biologiques (article L.160.13 du Code de la Sécurité sociale) ;
- La franchise forfaitaire obligatoire prévue au III de l'article L 160. 13 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par l'article D 160.9 du Code de la Sécurité sociale, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie, soit à ce jour :
 - 0,50 euro par boîte de médicaments mentionnés aux articles L51112, L51211 et L51264 du Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
 - 0,50 euro pour les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
 - 2,00 euros pour les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Les montants et plafonds indiqués ci-dessus sont susceptibles d'évoluer en fonction des évolutions législatives et réglementaires.

Le Contrat prend en charge

- Le ticket modérateur

À savoir ; l'intégralité de la participation de l'assuré égale à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR) pour :

- L'ensemble des dépenses de santé, sauf pour les frais de cure thermique et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie
- 2 prestations de prévention
- Le forfait journalier

À savoir ; l'intégralité du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers de santé, sans limitation de durée, sous réserve des exclusions suivantes :

Sont exclus :

- Les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées [MAS] ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes EHPAD, ESAT, maisons de convalescence, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] notamment)
- Ainsi que les établissements de long séjour (du « type » maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier

- Le tiers payant

Le service du tiers payant permet aux assurés d'être dispensés de tout ou partie de l'avance de frais de soins auprès des professionnels de santé.

Le contrat met en œuvre, le tiers payant généralisé. Les assurés peuvent ainsi en bénéficier auprès des professionnels de santé pratiquant le tiers payant sur la part complémentaire, pour les dépenses engagées relatives à tous les actes et prestations de santé visés à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale et garantis au présent contrat, au moins à hauteur du Ticket Modérateur.

- Les dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à l'Option pratique tarifaire maîtrisée, dans la limite de plafonds de prise en charge,

Conformément à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale, le montant des prestations garanti au contrat varie selon que le médecin a adhéré ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus par la convention nationale médicale.

À titre indicatif, les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée incluent à ce jour :

- L'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) ;
- L'OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens.

Peuvent notamment adhérer à ces options les médecins pratiquant des honoraires non opposables (secteur 2) qui souhaitent s'engager dans une maîtrise de leurs dépassements d'honoraires. En contrepartie, les soins qu'ils réalisent bénéficient d'un remboursement identique aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1) par l'Assurance maladie obligatoire.

La prise en charge des dépassements tarifaires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée est plafonnée dans la double limite de :

- 100% du tarif opposable figurant sur le décompte de l'Assurance Maladie pour l'acte ou la consultation effectué par le médecin non adhérent à un DPTM ;
- Et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisé, minoré d'un montant au moins égal à 20% de la base de remboursement.

- L'optique

La prise en charge des dépenses d'optique est réalisée en application des décrets n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et n° 2019-65 du 31 janvier 2019 ayant créé des minima et plafonds et ayant introduit la notion d'équipement (un équipement est défini comme l'ensemble d'une monture et deux verres).

Les équipements sont classés en 3 catégories, basées sur la correction des verres.

La prise en charge des dépenses d'optique dans ces conditions est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans, sauf pour les enfants âgés de moins de 16 ans, ou en cas de changement de vue.

- Le « 100% Santé »

À savoir ; la prise en charge intégrale après intervention de la sécurité sociale de certains soins et équipements appartenant aux paniers « 100% santé » dans les secteurs de l'optique, du dentaire ou des aides auditives, dans la limite de « prix limites de vente »

- Optique : choix parmi 2 paniers de soins
 - Panier 100 % SANTÉ, aussi appelé « Classe A », sans reste à charge, proposant des montures au tarif maximum de 30 euros et des verres prédéfinis traitant l'ensemble des corrections visuelles.
 - Panier TARIFS LIBRES, aussi appelé « Classe B », remboursé sur le tarif de base de l'Assurance maladie et dans la limite du contrat. Seul le remboursement de la monture est plafonné à 100 €.
 - Possibilité de les mixer en optant pour une monture à « tarif libre » et des verres « 100 % santé » ou inversement
- Dentaire : choix parmi 3 paniers de soins
 - Panier 100 % SANTÉ, avec aucun reste à charge
 - Panier TARIFS MAÎTRISÉS, avec des honoraires plafonnés et un remboursement, avec un éventuel reste à charge

- Panier TARIFS LIBRES, qui permet de choisir librement les technique et matériaux, avec un éventuel reste à charge
- Aides auditives : choix parmi 2 paniers de soins
 - Panier 100 % SANTÉ (CLASSE I), sans reste à charge, cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente.
 - Panier TARIFS LIBRES (CLASSE II), dont l'équipement est remboursé selon les conditions fixées au contrat et qui respecte un plafond de 1 700 €.
 - Le renouvellement d'une aide auditive est possible tous les 4 ans.
- Conformément à l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale, la SMCC communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents,
 - Le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties,
 - Ainsi que le montant et la composition des frais de gestion affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes afférentes.

Ces informations font l'objet de l'Annexe 3 « Communication Frais de Gestion et Prestations sur cotisations » de la présente notice d'information.

4.2 MONTANTS DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la Sécurité sociale à la date des soins. Les pourcentages indiqués sont exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale.

Le détail et le montant des prestations et les éventuelles conditions de versement de celles-ci figurent en Annexe 1 « Tableau des prestations » de la présente notice d'information.

Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu à un remboursement par la SMCC via son gestionnaire, dans les conditions et limites fixées par la présente notice d'information et son Annexe 1 « Tableau des Prestations ».

4.3 LIMITES AU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Outre les conditions, limites, exclusions, déchéances et sanctions stipulées aux articles 4.4, 4.5 et 5 de la présente notice d'information ainsi qu'au « Tableau des Prestations » objet de l'Annexe 1, il est rappelé que :

- Par respect du **principe indemnitaire**, les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.
- Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs doivent être fournies dans un **délai maximum de deux ans** suivant la date de décompte de Sécurité sociale ou de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.
- 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.
- Dès lors que le remboursement de la SMCC est plafonné, la limite doit s'entendre **par an et par bénéficiaire** sauf dispositions spécifiques figurant dans le « Tableau des Prestations » ;
- Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des **praticiens habilités, diplômés d'État et inscrits sur des registres nationaux**, pour lesquels la SMCC ou son gestionnaire se réservent la possibilité de demander tous justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli...).
- Les garanties de même nature contractées auprès de **plusieurs organismes assureurs** produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'indemnisation peut être obtenue par l'assuré en s'adressant à l'organisme de son choix.

4.4 SOINS REÇUS HORS DE FRANCE

Les **soins reçus hors de France** par les assurés, au cours d'un séjour effectué à titre personnel, sont pris en charge dans le cadre des garanties prévues au contrat collectif :

- Soit en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale ou le régime local de Sécurité sociale, si les soins sont dispensés dans l'Union européenne ou dans l'un des pays ayant signé une convention bilatérale avec la Sécurité Sociale française (nécessité de déclaration auprès de celle-ci, cela vise les pays concernés par la Carte Européenne de Santé ou les conventions bilatérales) ;
- Soit en complément du remboursement théorique calculé sur la base des tarifs de la Sécurité Sociale française éventuellement reconstitués, pour les autres pays.

Les soins dispensés à l'étranger sont pris en charge par la SMCC dans la limite de :

- 500 000 € par année civile et par bénéficiaire pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale ou le régime local de Sécurité sociale, si les soins sont dispensés dans l'Union européenne ou dans l'un des pays ayant signé une convention bilatérale avec la Sécurité Sociale française, sous déduction des montants pris en charge par les dits régimes de sécurité sociale,
- 250 000 € par année civile et par bénéficiaire pour les autres pays, sous déduction des montants pris en charge par d'autres assureurs.

Les soins effectués à l'étranger ne peuvent être pris en charge par la SMCC que sous réserve de l'envoi des justificatifs suivants :

- La facture détaillée, ou une copie de celle-ci, si les originaux sont transmis au régime obligatoire de sécurité sociale et/ou à tout autre organisme assureur, précisant la nature et le montant de chaque dépense engagée ;
- Le décompte original des remboursements effectués par le régime obligatoire de sécurité sociale ou par tout autre organisme assureur.

Les remboursements sont versés en France et en euros.

4.5 EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge :

- **Les actes hors nomenclature, les médicaments ou actes non remboursés par la Sécurité sociale (sauf mention contraire indiquée dans le tableau des prestations) et notamment les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique,**
- **Les interdictions de prises en charge au titre du « contrat responsable »,**
- **Toute partie des honoraires et prestations qui correspondent à des montants excédant le coût USUEL et RAISONNABLE pratiqués par les professionnels de santé.**

Ces montants respectent également les dispositions de la Convention Médicale et de la Convention Dentaire qui stipulent que le médecin doit fixer ses honoraires avec tact et mesure. Cette obligation concerne aussi bien les praticiens conventionnés que les praticiens non conventionnés.

Le fait que la SMCC, via son gestionnaire, ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

5. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

5.1 DÉCHÉANCE DE GARANTIE

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

- S'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- S'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'assureur.

5.2 SUBROGATION

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donne(nt) de plein droit subrogation à la SMCC, celle-ci étant accompagnée des services juridiques de la Banque de France, dans sa / leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. Une quittance subrogatoire pourra le cas échéant, être demandée.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment

- en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre, du tiers responsable ou de son assureur de responsabilité,
- en cas d'abstention de constitution de partie civile,
- ou d'absence d'information sur une procédure engagée,

l'assureur n'a pu faire valoir ses droits, celui-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

5.3 PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par 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 notre organisme en a eu connaissance,
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action du souscripteur, de l'assuré, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le souscripteur, l'assuré, le bénéficiaire, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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-ci contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil ;
- La demande en justice, même en référé, prévue à 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 du risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception ou d'un recommandé électronique avec accusé de réception adressé par l'assureur au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré, le bénéficiaire, ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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, le délai visé au 1^{er} alinéa ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

5.4 DROIT DE RENONCIATION À L'ADHÉSION

En cas d'adhésion à distance, l'assuré principal dispose d'un droit de renonciation dans les conditions prévues par l'article L221-18 du Code de la Mutualité. Il peut renoncer à son adhésion dans un **déla**i de **quatorze jours calendaires révolus**, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités, à compter du jour d'effet de l'adhésion ou de la date de réception des documents si cette dernière est postérieure.

Pour cela, il lui suffit d'adresser par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique à l'adresse suivante : MALAKOFF HUMANIS - SMCC, TSA 20006 - 41972 BLOIS Cedex 9, une lettre rédigée sur le modèle ci-dessous.

« Je soussigné(e) M. (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n° DMA-2021-00341 que j'ai signé le à..... (lieu d'adhésion). Le (date et signature). »

Le gestionnaire procède au remboursement de l'intégralité de la cotisation dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

5.5 RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps le centre de gestion dont les coordonnées sont indiquées en dernière page de la présente notice d'information, ainsi que sur la carte de tiers payant.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée au Service Réclamation

Par voie électronique : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com

ou par courrier à l'adresse : Malakoff Humanis - Service Réclamations Particuliers Assurance
78288 Guyancourt Cedex.

En cas de désaccord sur la réponse apportée par le service en charge de traitement des réclamations précité, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent contacter la SMCC

Par voie électronique : 1576-smcc-ut@banque-france.fr

Ou par courrier à l'adresse : SMCC-Banque de France
2 ave Pierre Mendès-France
CS 40207 NOISIEL
77421 MARNE LA VALLEE Cedex 2

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent, dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de la réclamation écrite à l'assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice, s'adresser au médiateur de la mutualité française

Par voie électronique : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisirle-mediateur/>

Ou par courrier à l'adresse : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)
255 rue de Vaugirard,
75719 Paris Cedex 15

5.6 ORGANISME DE CONTRÔLE

La SMCC et Malakoff Humanis Prévoyance sont soumis au contrôle de **l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)** - 4 place de Budapest - CS92459 - 75436 Paris Cedex 09.

5.7 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), les données à caractère personnel sont traitées par la SMCC et Malakoff Humanis, responsables conjoints, en vue des **finalités** suivantes :

- La conclusion et la gestion du contrat d'assurance,
- La relation clients dont le traitement des réclamations ;
- L'exécution des obligations leur incombant en matière de protection sociale ;
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude à l'assurance.

La SMCC et Malakoff Humanis s'engagent à

- Ne pas exploiter les données personnelles des assurés et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées ;
- Ne pas utiliser lesdites données personnelles à des fins commerciales.

En fonction des finalités décrites ci-dessus, les responsables conjoints de traitement sont amenés à collecter les **catégories de données** suivantes :

- Les données relatives à l'identification des assurés et bénéficiaires ;
- Les données relatives à leur situation familiale, professionnelle et économique ;
- Les données nécessaires à l'appréciation du risque,
- Les données liées à la passation et à la gestion du contrat ;
- Les données relatives à la détermination ou à l'évaluation des prestations ;
- Les données concernant l'état de santé des assurés et bénéficiaires dans le strict respect des règles relatives au secret médical (ex : données de remboursement en lien avec les organismes de Sécurité sociale, copies des certificats médicaux et autres justificatifs).

Les **destinataires** de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités des responsables conjoints de traitement, ainsi que ceux de leurs prestataires et partenaires éventuels.

Les **durées de conservation** des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance et de la relation clients avec les assurés et bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales incombant à la SMCC et Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur **sécurité** notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

La SMCC, Malakoff Humanis et leurs prestataires et partenaires éventuels s'engagent

- À prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de des assurés et bénéficiaires
- À notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Dans les limites fixées par la loi, les assurés et bénéficiaires disposent des **droits** suivants :

- Droit d'accès, de rectification, de portabilité ou d'effacement de leurs données à caractère personnel,
- Droit de décider du sort de leurs données, post-mortem.
- Droit d'opposition ou de limitation, pour motifs légitimes, au traitement des données pour des raisons tenant à leur situation particulière,

Certaines données peuvent toutefois être exclues de ces demandes dans certaines circonstances, notamment si les responsables conjoints doivent continuer à traiter vos données pour servir leurs intérêts légitimes ou respecter une obligation légale.

Ces droits peuvent être exercés

Par voie électronique : dpo@malakoffhumanis.com

Ou par courrier à l'adresse : Malakoff Humanis - Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte - 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, les assurés et bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL

Directement sur son site internet : [https:// www.cnil.fr/fr/agir](https://www.cnil.fr/fr/agir)

Ou par courrier à l'adresse : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

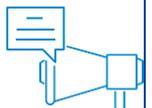
Les assurés et bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr ».

LES JUSTIFICATIFS À JOINDRE AU BULLETIN D'ADHESION

<p>Pour l'ensemble des assurés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de l'attestation jointe à la carte Vitale • + Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé • + un RIB pour le versement des prestations et le paiement des cotisations
<p>Pour chaque enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du 18ème au 28ème anniversaire <ul style="list-style-type: none"> • Enfant scolarisé • Étudiant • Apprenti ou autre formation professionnelle • Ne poursuivant plus d'études • Enfant en situation de handicap • Enfant en situation de handicap quel que soit son âge et fiscalement à charge 	<ul style="list-style-type: none"> • Copie du livret de famille ou un acte de naissance <p>+</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificat de scolarité • Copie de la carte d'étudiant • Copie du contrat d'apprentissage, de formation en alternance, de professionnalisation... • Tout document justifiant de leur situation (à défaut, attestation sur l'honneur indiquant que l'assuré assume la charge effective et permanente de l'enfant, dont les revenus, le cas échéant, sont inférieurs au SMIC) • Justificatif de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé ou de l'Allocation d'Adulte Handicapé ou Carte d'invalidité ou Carte Mobilité Inclusion (CMI) • + Attestation sur l'honneur justifiant que l'enfant est fiscalement à charge du parent (l'agent ou son conjoint, s'il est assuré) • + Attestation sur l'honneur de revenus nets inférieurs au SMIC
<p>Pour votre conjoint(e)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Copie du livret de famille • OU copie du certificat de mariage
<p>Pour votre partenaire de PACS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité
<p>Pour votre concubin(e)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attestation sur l'honneur de concubinage signée par les deux concubins • OU Justificatif de domicile commun de moins de 3 mois (quittance de loyer, facture EDF...)
<p>Pour un ascendant à charge non imposable à titre personnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avis d'imposition de l'assuré principal ou de son conjoint, s'il est assuré
<p>Pour affiliation suite à cessation du contrat de travail du conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Justificatif de cette cessation d'emploi <p>L'affiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la cessation d'emploi qui, elle-même, doit être postérieure à l'adhésion obligatoire de l'agent.</p>

à savoir

Les justificatifs fournis à l'adhésion des enfants de 18 ans et plus seront **à communiquer au gestionnaire, tous les ans, en septembre, afin de maintenir leurs droits pour l'année suivante** ; à défaut les garanties cesseront au 31 décembre.



à savoir

Il convient de déclarer au gestionnaire, dans les meilleurs délais, tout changement de :

- **Situation personnelle** : changement d'adresse, modification de votre composition familiale (naissance, concubinage, PACS, mariage, divorce, décès), changement de régime obligatoire d'assurance maladie, changement de coordonnées bancaires, extinction de la situation d'éligibilité de vos bénéficiaires...



LES JUSTIFICATIFS À JOINDRE AUX DEMANDES DE PRESTATIONS

Pour les dépenses les plus courantes (consultation généraliste...), vous n'avez aucune démarche à effectuer si vous bénéficiez de la transmission Noémie. Les justificatifs peuvent être transmis au gestionnaire par formulaire via votre espace sécurisé, par mail ou par courrier.

Traitement par NOEMIE	Justificatifs à fournir sur demande du gestionnaire
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés Justificatif de la demande de la chambre particulière par l'assuré et de son montant Le cas échéant, le devis accepté par l'assuré avec les dépassements d'honoraires pour les actes médicaux.
Cure thermale	<ul style="list-style-type: none"> Facture acquittée et détaillée mentionnant l'ensemble des dépenses y compris les frais de transport et d'hébergement.
Optique	<ul style="list-style-type: none"> Devis détaillé et accepté par l'assuré Facture détaillée et acquittée Le cas échéant, prescription médicale initiale et modifiée par l'opticien ayant adapté la vue Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'opticien
Dentaire	<ul style="list-style-type: none"> Devis détaillé et accepté par l'assuré Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et mes montants réglés
Aide auditive	<ul style="list-style-type: none"> Devis détaillé et accepté par l'assuré Facture détaillée et acquittée par l'assuré Le cas échéant, prescription médicale Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'audioprothésiste
Maternité	<ul style="list-style-type: none"> Photocopie du livret de famille ou acte de naissance
Adoption	<ul style="list-style-type: none"> Copie du jugement d'adoption plénière
Traitement hors NOEMIE	Justificatifs à fournir dans tous les cas
Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur
Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> Facture nominative, détaillée, acquittée établie par le professionnel de santé diplômé d'état (1) dans sa spécialité et mentionnant selon le cas, son numéro de SIRET, ADELI ou RPPS
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale (2)	<ul style="list-style-type: none"> Ordonnance et facture nominative détaillée, acquittée et précisant le nom du produit

- (1) • Les ACUPUNCTEURS doivent être des médecins inscrits au conseil National de l'Ordre des Médecins et être titulaires d'un diplôme d'état appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire
 • Pour les ETIOPATHES, le N° d'inscription au Registre National des Étioopathes devra en outre être mentionné sur la facture

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

LES AUTRES PRESTATIONS ET SERVICES

LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

Malakoff Humanis assure une procédure de prise en charge administrative immédiate, en cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné. Avant d'être hospitalisé en établissement conventionné avec la sécurité sociale, il convient de contacter le centre de gestion (coordonnées en dernière page) qui délivrera une prise en charge. À l'exception des frais personnels, cette prise en charge dispense de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du contrat collectif.

À défaut de prise en charge, il conviendra de régler le séjour hospitalier à l'établissement et d'adresser la facture originale à Malakoff Humanis.

LE TIERS PAYANT GÉNÉRALISÉ

Malakoff Humanis met à disposition des assurés un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

L'utilisation du tiers payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité.

L'agent et ses ayants droit doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé. Si la carte de tiers payant n'est pas utilisée ou si ce service est refusé par le professionnel de santé, une facture doit être demandée auprès de celui-ci en vue du remboursement par la SMCC via Malakoff Humanis.

La carte de tiers payant est éditée chaque année pour chaque assuré immatriculé sous son propre numéro de Sécurité sociale. Elle est adressée directement au domicile. Elle est également disponible dans le compte de gestion personnalisé mis à disposition par Malakoff Humanis et **doit être obligatoirement restituée au départ de la Banque de France.**

CONTACTS

- malakoffhumanis.com - Identifiant Espace Client & N° adhérent
- 01.70.37.97.24 - choix 1 - du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 h
- Malakoff Humanis - SMCC
- Prestations soins de santé
- TSA 20006 - 41972 BLOIS CEDEX 9

Le tiers payant Viamedis pour malakoff humanis

Cette carte vous accorde de tiers payant pour :

Pharmacie à 65 %	100 % du tarif
Pharmacie à 30 %	100 % du tarif
Pharmacie à 15 %	100 % du tarif
Actes techniques	100 % du tarif
Laboratoire	100 % du tarif
Radiologie	100 % du tarif
Assistances médicales	100 % du tarif
Soins dentaires	100 % du tarif
Consultations	100 % du tarif
Soins infirmiers	100 % du tarif
Transport	100 % du tarif

Tiers payant sur prescription approuvée de Viamedis (www.viamedis.com) pour :

- Optique / Prothèse dentaire / Audioprothèse / Gros appareillage / Chambre particulière (sans ambulatoire)
- Sanctuaire du Conventuellement / Hospitalisation

Viamedis - N° Titulaire/assuré : 7993033 | Si CRE TP STS CRE V07.001.0@viamedis.fr
T8 - 0625 076 076 (Service 24h/24) - par appli

LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

La **SMCC**, en partenariat avec **FILASSISTANCE**, propose et prend en charge des prestations d'assistance adaptées et accessibles aux besoins de ses adhérents.

Une plateforme d'assistance médico-psycho-sociale, composée d'experts (médecins, assistantes sociales, psychologues cliniciens...) est accessible en cas d'urgence 24h/24, 7j/7.

- Elle permet d'obtenir des informations et des conseils concernant la vie quotidienne et les aléas de santé,
- Elle propose des prestations de service adaptées à la situation, dont certaines sont prises en charge financièrement par la FILASSISTANCE. En cas d'urgence, l'intervention est immédiate.

Le détail des prestations et services d'assistance figure dans l'Annexe 2 « Assistance » de la présente notice d'information et sur le site www.smccbdf.fr.

Pour contacter directement FILASSISTANCE : 01.70.37.97.24 choix 2

LES FONDS DE SOLIDARITÉ DE LA SMCC

- **Le Fonds d'Action Sociale (FAS)** permet :
 - D'aider les adhérents confrontés à une situation médicale lourde à supporter financièrement des frais résiduels importants,
 - De financer l'assistance non médicale d'une tierce personne aux adhérents âgés d'au moins 70 ans qui préfèrent leur maintien à domicile et dont le besoin excède 60 heures par mois.
- **Le Fonds de Solidarité pour les Personnes Handicapées (FSH) :**
 - Il est réservé aux personnes, enfants et adultes, titulaires d'une reconnaissance d'handicap avec un taux d'invalidité égal ou supérieur à 79%,
 - Il intervient pour des dépenses ponctuelles ou récurrentes en lien direct avec leur handicap.

Les demandes d'aides, instruites par la section Fonds Social de la SMCC, sont présentées à une commission qui fixe le niveau des aides attribuées. Les allocations accordées sont bénévoles. Pour le FAS, elles sont soumises à des conditions de ressources.

Pour plus d'informations

- Consulter le site de la SMCC : www.smccbdf.fr rubrique « Fonds Social »
- Contacter la section Fonds Social de la SMCC au 01.70.37.97.24 choix 3

LES OUTILS DIGITAUX

La **SMCC** met à disposition de ses adhérents un site internet dédié : www.smccbdf.fr permettant de mieux comprendre le rôle joué par chacun des acteurs, de suivre les évolutions de la complémentaire santé et de pouvoir utiliser facilement les services qu'elle propose avec ses partenaires.

UN SITE SMCC, COMPOSÉ DE 4 THÉMATIQUES :

- Prévention santé
- Assistance
- Fonds social
- Infos pratiques

UN SITE SMCC QUI PROPOSE :

- Un accès à la documentation contractuelle (rubrique « Infos pratiques ») pour retrouver notamment la présente Notice d'Information, ses Annexes et les Statuts de la SMCC ;
- Un accès direct au Tableau des Prestations (rubrique « Remboursement Santé ») ;
- Un accès à l'Espace Sécurisé de Malakoff Humanis (à condition que celui-ci ait été préalablement ouvert ou d'en effectuer la création lors de l'accès) ;
- La possibilité de s'inscrire en ligne pour recevoir le journal Santé Mag SMCC ;
- Une FAQ et un Lexique pour mieux se comprendre ;
- Un lien utile vers le site de la sécurité sociale, Ameli.fr.

L'ESPACE SÉCURISÉ DE MALAKOFF HUMANIS QUI PERMET DE :

- Demander et Suivre les remboursements de santé, télécharger les e-relevés ;
- Télécharger ou demander une réédition de la Carte de Tiers Payant ;
- Demander une prise en charge hospitalière et éviter une avance de frais conséquente ;
- Demander une estimation préalable de prise en charge sur devis ;
- Mettre à jour ses coordonnées postales et bancaires ;
- Gérer ses bénéficiaires / ayants droit et transmettre les justificatifs les concernant ;
- Envoyer des messages en toute confidentialité via la messagerie en ligne.
- Adresser une réclamation.

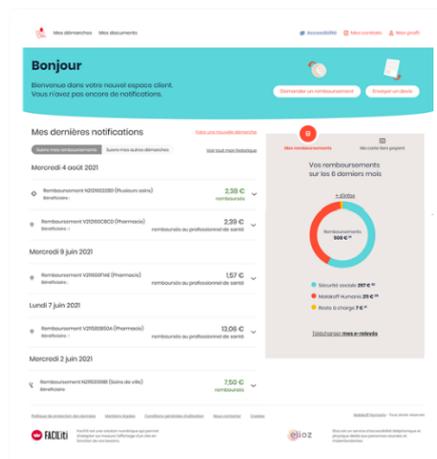
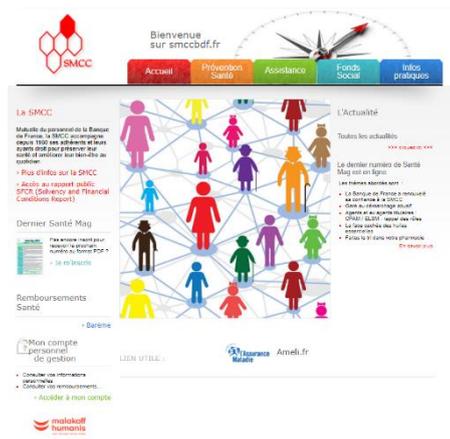
POUR ACCÉDER À L'ENSEMBLE DE SES SERVICES :

CRÉER SON PROFIL SUR LE SITE DE LA SMCC

- 1 Se connecter sur le site : <http://www.smccbdf.fr>
- 2 Compléter le formulaire en indiquant :
 - Login temporaire : provisoire-smcc
 - Mot de passe : b834smcc
- 3 Accéder au formulaire de création du profil (adresse email valant login et un mot de passe librement choisi)
- 4 Compléter l'ensemble des rubriques du formulaire et cliquer sur le bouton VALIDER
- 5 Un email de confirmation est adressé, cliquer sur le lien de validation de l'inscription

CRÉER SON PROFIL SUR LE SITE DE MALAKOFF HUMANIS

- 1 Se connecter sur le site malakoffhumanis.com et cliquer sur « Accéder à mon espace / Un particulier ».
- 2 Sélectionner l'espace Santé/Prévoyance et cliquer sur « 8 chiffres ».
- 3 Cliquer sur « Créer mon compte » et compléter le formulaire puis valider
- 4 Un e-mail pour activer le compte est immédiatement envoyé
- 5 Créer et personnaliser alors le mot de passe en respectant les indications puis valider



à savoir

- **Compléter à l'identique les champs Nom, Prénom et N° d'adhérent dans chacun des 2 profils**, permet ensuite l'accès direct à l'Espace Sécurisé de Malakoff Humanis depuis le site de la SMCC, sans authentification supplémentaire.
- Le N° d'adhérent ou N° de carte de Tiers Payant se trouve au recto de celle-ci
- Aucune réception de mail d'activation : penser à consulter les mails « indésirables »



Votre Centre de gestion SMCC - Malakoff Humanis

Suivre votre contrat

Téléphone : 01 70 37 97 24 – choix 1 (appel non surtaxé)

Adresse : Malakoff Humanis - SMCC - TSA 20006 - 41972 BLOIS Cedex 9

email : sante.bdf@malakoffhumanis.com



Votre contrat est assuré par
SMCC - Société Mutualiste Chirurgicale et Complémentaire du personnel de la Banque de France
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
Immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le N° 775 657 125
Siège social : 2 avenue Pierre Mendès-France CS 40207 Noisiel 77431 Marne-la-Vallée Cedex 2
www.smccbdf.fr



Le gestionnaire de votre contrat est
MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE
Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale,
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 691 181
Siège social : 21 Rue Laffitte – 75009 Paris
malakoffhumanis.com