

**Contrat santé sur mesure**  
(ensemble du personnel)

# Mes remboursements de frais de santé

Vous trouverez dans ce document,  
le **détail de vos garanties**, ainsi que  
**des exemples de remboursements**.



# SOMMAIRE

Cliquez sur les garanties de votre choix  
pour accéder aux pages correspondantes



## Introduction

Page **03**



## Contacts utiles

Page **04**



## Hospitalisation

pages **05 - 11**



## Dentaire

pages **12 - 21**



## Optique

pages **22 - 29**



## Audition

pages **30 - 36**



## Soins courants

pages **37 - 45**



## Médecine additionnelle & Prévention

Pages **46 - 60**

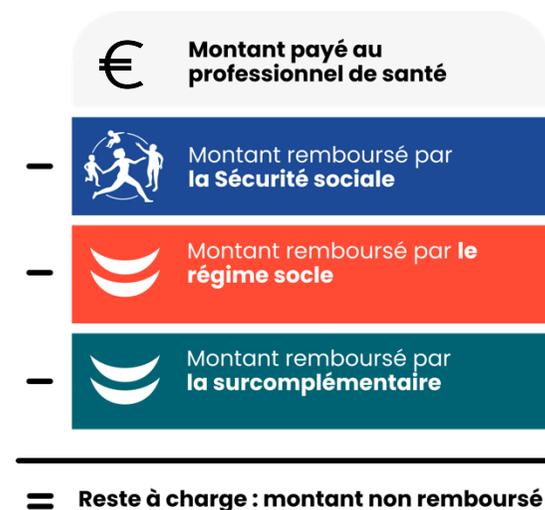


Nous savons que lire un tableau de garanties n'est pas toujours simple.

Pour vous expliquer vos garanties santé, **suivons le quotidien de Thibaut et Emilie**, heureux **parents de Lise**. Tous deux assurés chez Malakoff Humanis avec le même niveau de garanties que celui choisi par votre employeur. **Votre employeur a souscrit pour vous à un régime socle et un régime surcomplémentaire obligatoire** qui améliore vos garanties.

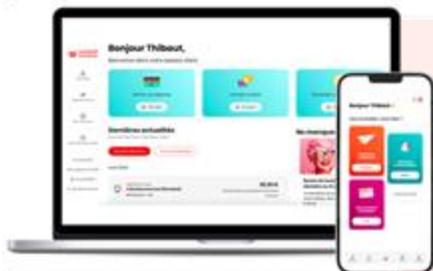
## À savoir

- Les remboursements de ce tableau des garanties incluent **les remboursements de la Sécurité sociale, dans la limite des dépenses engagées.**
- Les **exemples** de remboursements sont donnés à titre indicatif. Les montants sont à recalculer à chaque mise à jour des plafonds de la Sécurité sociale et peuvent ne pas correspondre exactement aux soins que vous envisagez. Ils sont donnés **pour un assuré qui respecte le parcours de soins coordonnés et sans dispositif de prise en charge particulier**, comme le dispositif pour les Affections Longue Durée (ALD).
- Les tarifs indiqués correspondent aux **tarifs moyens constatés en France.**



# CONTACTS UTILES

← Sommaire



Réalisez vos démarches depuis votre **Espace client** ou **Application mobile**

Dans votre espace client ou Application mobile, vous pourrez par exemple :

- réaliser un devis
- demander un remboursement
- demander une prise en charge hospitalière

Pour nous **envoyer un courrier**, écrivez à :

✉ MALAKOFF HUMANIS  
Gestion Assurance  
78 288 GUYANCOURT CEDEX

Pour toutes **questions sur vos contrats**, appelez-le :

☎ **09 69 39 74 74** (numéro non surtaxé)  
disponible du lundi au vendredi de 8h30 à 19h

**Pour en savoir plus sur les activités sociales**, appelez-le :

☎ **39 96**  
(depuis la métropole service gratuit + prix d'un appel local du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30)

Hors métropole, contactez-le : **09 74 75 39 96**

**Pour en savoir plus sur nos services d'assistance**, (en cas d'hospitalisation par exemple) appelez-le :

☎ **09 79 99 03 03**  
(du lundi au vendredi de 7h à 20h)

**et indiquez ce code : 753734**



## Garanties en cas **d'hospitalisation**



# HOSPITALISATION

## Exemples de remboursement

← Sommaire



**Thibaut a été hospitalisé** le mois dernier. Il a eu une forte douleur au ventre et a dû se rendre aux urgences. Après une prise de sang et une échographie, le médecin a diagnostiqué une appendicite. Il a été opéré et a passé 3 jours à l'hôpital. Entre les **frais de séjours** (coût : **1223,31 €**), la **chambre particulière** (coût : **300 €**) et le **forfait journalier** (coût : **60 €**), pour rentrer chez lui, son médecin lui a prescrit un **taxi conventionné** (coût : **73,19 €**). **La facture s'élevait à 1656,50 €**. Heureusement, il n'a rien eu à payer de sa poche.

CLINIQUE ARGANA  
Hôpital / Clinique conventionné  
F FACTURE E  
N° : 1656 / 2024 - 165650

Designations des prestations	Lettres Clé	Nombre	Prix unitaire	Montant DH
<b>Frais de séjour</b>				1223,31 €
<b>Chambre particulière</b>				300 €
<b>Forfait journalier</b>				60 €
<b>Taxi conventionné</b>				73,19 €
<b>Coût total</b>				<b>1656,50 €</b>

Montants remboursés par les contrats mis en place par votre employeur

Sécurité sociale	Régime socle	Régime surcomplémentaire	Reste à charge
978,65 €	244,66 €	0 €	0 €
0 €	300 €	0 €	0 €
0 €	60 €	0 €	0 €
40,25 €	32,94 €	0 €	0 €
reste à charge			0 €



# HOSPITALISATION

## Vos garanties

← Sommaire

		Régime Socle	Régime Surcomplémentaire non responsable	Régime Socle + Surcomplémentaire
<b>Frais de séjour</b>	En établissement conventionné et non conventionné	100 % Frais Réels	-	100 % Frais Réels
<b>Honoraires</b>	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	100 % Frais Réels	-	100 % Frais Réels
	Praticien <b>non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (hors DPTAM)	200 % BRSS	300 % BRSS	500 % BRSS
<b>Forfait journalier hospitalier</b>		100 % Frais Réels	-	100 % Frais Réels
<b>Forfait patient urgence</b> (Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.)		100 % Frais Réels	-	100 % Frais Réels
<b>Participation forfaitaire sur les actes coûteux</b>		prise en charge	-	prise en charge
<b>Chambre particulière</b>	Par journée (y compris ambulatoire)	3,50 % Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) / jour	-	3,50 % PMSS / jour
<b>Frais d'accompagnant</b> (lit, repas) non remboursé par la Sécurité sociale - sur présentation d'une facture (enfant de moins de 17 ans)		3,50 % PMSS / jour	-	3,50 % PMSS / jour
<b>Forfait maternité ou adoption</b>		150 €	-	150 €

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 09



# HOSPITALISATION

## Limitations et Exclusions

### HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE , y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné)

En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, maternité hors chirurgie esthétique.

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

En établissement non conventionné, prise en charge minimale au ticket modérateur.

La prise en charge des prestations indiquées est assurée à minima aux obligations légales.  
Les garanties exprimées tiennent compte des remboursements de la Sécurité sociale et s'entendent dans la limite des frais engagés.

Le système de la prise en charge permet à l'assuré et à ses ayants droit de ne pas avoir à faire l'avance des frais remboursés par Malakoff Humanis Prévoyance en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale : en service public des hôpitaux ou dans une clinique conventionnée.  
Toutefois, ne sont pas prises en charge les dépenses personnelles (téléphone, télévision...).  
L'hôpital ou la clinique contacte Viamedis grâce au numéro mentionné sur votre carte de Tiers Payant que vous leur montrez lors de votre passage aux admissions.

<b>Chambre particulière</b> non remboursée par la Sécurité sociale	Par nuitée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie.</b></li> <li>• La chambre en ambulatoire correspond à une chambre pour une chirurgie et / ou anesthésie avec admission et sortie le même jour.</li> </ul>
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	
<b>Forfait journalier hospitalier &amp; Frais d'accompagnant</b> (lit, repas) non remboursé par la Sécurité sociale - sur présentation d'une facture (enfant de moins de 17 ans)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles.</li> </ul>

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 09



### Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Certains médecins secteur 2 (qui pratiquent des dépassements d'honoraires) ont signé l'une des conventions OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OTPAM-CO (en chirurgie et obstétrique). Cela signifie qu'ils s'engagent à **limiter leurs dépassements d'honoraires** dans les conditions établies par la convention.

Consultez l'annuaire : [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr)  
La mention "Conventionné secteur 2 avec option tarifaire (OPTAM)" s'affiche si le médecin secteur 2 s'est engagé.

### Chambre particulière

La chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale est une prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle.

### Frais de séjour

Les frais de séjour ou frais d'hospitalisation sont les frais facturés par l'établissement de santé pour couvrir les coûts d'un séjour hospitalier. (médicaments, examens de laboratoire...).

### Établissement non conventionné

Les établissements non conventionnés sont des établissements privés qui n'ont pas conclu de contrat et pratiquent des tarifs libres. Il vous restera un montant à payer de votre poche et le tiers payant ne pourra pas s'appliquer.

### Forfait patient urgences

Participation du patient aux frais liés à son passage aux urgences.

### Forfait journalier hospitalier

Il s'agit de la participation aux frais liés à l'hébergement, et notamment à la restauration.

### Honoraires

Les frais d'honoraires sont les frais facturés par les praticiens pour couvrir leurs actes.



# HOSPITALISATION

## Avantages inclus dans vos garanties

← Sommaire

### On vous aide à préparer votre hospitalisation

#### Obtenez un deuxième avis médical

Maladie grave, traitement lourd... vous pouvez bénéficier de l'avis d'un médecin expert sur votre intervention ou votre traitement pour faire un choix éclairé.

#### Accédez au service :

- par téléphone : 01 81 80 00 48
- en ligne : [deuxiemeavis.fr](https://deuxiemeavis.fr)

#### Trouvez le bon hôpital

Renseignez-vous sur votre hôpital ou choisissez-le grâce à notre comparateur Kalixia Hospit et ses indicateurs de qualité.

#### Rendez-vous sur votre Espace Client.

#### Simplifiez vos démarches

Grâce à notre prise en charge hospitalière rapide et sans avance de frais. Elle se fait entre Viamedis et votre établissement.

### On accompagne votre famille pendant votre hospitalisation\*

#### Pour la garde de vos enfants

Nous organisons et prenons en charge leur garde à domicile, leur conduite à l'école et à leurs activités extra-scolaires.

#### Pour votre parent dépendant

Si vous vous occupez au quotidien d'un parent, d'un beau-parent ou d'un grand-parent dépendant, nous organisons son transfert chez un proche.

\*Ces avantages sont des exemples et sont limités dans le temps.

#### Pour en savoir plus sur nos services d'assistance,

**appelez-le : 09 79 99 03 03**  
(du lundi au vendredi de 7h à 20h)

et indiquez ce code : **753734**

### On facilite votre retour chez vous après votre hospitalisation\*

#### Organisez vos soins

Nous vous trouvons un infirmier à domicile et nous organisons votre transport pour réaliser vos visites médicales. Nous prenons aussi en charge la livraison de vos médicaments si vous ne pouvez pas vous déplacer.

#### Bénéficiez d'un soutien

Nous vous proposons le soutien d'une aide-ménagère et prenons en charge la venue d'un proche à votre chevet.



# HOSPITALISATION

## Justificatifs à fournir

← Sommaire

	Avec télétransmission Noémie	Sans télétransmission Noémie
<b>Hospitalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• en hôpital public</li><li>• en clinique conventionnée</li><li>• en clinique non conventionnée</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés</li><li>• Justificatif de la demande de la chambre particulière par l'assuré et de son montant</li><li>• Le cas échéant, le devis accepté par l'assuré avec les dépassements d'honoraires pour les actes médicaux</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• forfait hospitalier</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facture acquittée</li></ul>
<b>Transports</b> (hors SMUR)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Néant</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facture acquittée</li><li>• Décompte de remboursement de la Sécurité sociale</li></ul>



# Garanties **dentaire**



# DENTAIRE

## Exemples de remboursement (1/2)

← Sommaire

Lise a besoin d'**orthodontie** car ses dents ne poussent pas très droites. L'orthodontiste lui conseille un **traitement de 6 mois**.



### Le + de son contrat

Avant de réaliser ses soins avec un orthodontiste Kalixia (réseau de partenaires), les parents de Lise reçoivent **instantanément un devis par SMS et par e-mail** pour savoir ce qu'ils vont payer ! Ils trouvent le partenaire le plus proche depuis leur Espace Client.

Lise se rend chez un orthodontiste partenaire Kalixia.

Elle bénéficie d'**honoraires plafonnés et n'avance aucun frais**.

Montants remboursés par les contrats mis en place par votre employeur

		Sécurité sociale	Régime socle	Régime surcomplémentaire	Reste à charge
Traitement	940 €	193,50 €	746,50 €	0 €	0 €
				reste à charge	0 €



# DENTAIRE

## Exemples de remboursement (2/2)

← Sommaire



Emilie s'est malencontreusement cassé une prémolaire. Son dentiste lui a recommandé une **couro**ne céramo-métallique.

Elle se rend chez le dentiste de son choix. Elle est remboursée comme le prévoit son contrat.

		Montants remboursés par les contrats mis en place par votre employeur			
		Sécurité sociale	Régime socle	Régime surcomplémentaire	Reste à charge
Prothèse céramique	550 €	72 €	478 €	* €	0 €
Acte de soin (hors offre 100 % santé)	29,30 €	17,58 €	11,72 €	* €	0 €
Total	579,30 €			reste à charge	0 €

N.B. : \*Dans cet exemple, la surcomplémentaire n'entre pas en jeu, car la dépense est intégralement remboursée par le régime socle en complément du remboursement de la Sécurité sociale.



# DENTAIRE

## Vos garanties (1/3)

← Sommaire

		Régime Socle	Régime Surcomplémentaire non responsable	Régime Socle + Surcomplémentaire
<b>Soins et prothèses 100 % Santé</b>		sans reste à charge pour l'assuré	-	sans reste à charge pour l'assuré
<b>Soins et prothèses autres que 100 % Santé</b>	Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : actes d'endodontie, de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	<b>470 % BRSS</b>	<b>100 % Frais Réels y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle</b>	<b>100 % Frais Réels y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle</b>
<b>Prothèses autres que 100 % Santé</b>	Inlay – Onlay remboursé par la Sécurité sociale à tarifs maîtrisés	<b>500 % BRSS dans la limite des honoraires limites de facturation</b>	-	<b>500 % BRSS dans la limite des honoraires limites de facturation</b>
	Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale à tarifs libres	<b>500 % BRSS</b>	-	<b>500 % BRSS</b>
<b>Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale à tarifs maîtrisés</b>	Couronnes, bridges et inter de bridges	<b>550 % BRSS</b>	-	<b>550 % BRSS</b>
	Inlay-cores	<b>370 % BRSS</b>	-	<b>370 % BRSS</b>
	Couronnes sur implant	<b>550 % BRSS</b>	-	<b>550 % BRSS</b>
	Prothèses dentaires amovibles	<b>550 % BRSS</b>	-	<b>550 % BRSS</b>
	Réparations sur prothèses	<b>550 % BRSS</b>	-	<b>550 % BRSS</b>
	Prothèses dentaires provisoires	<b>810 % BRSS</b>	-	<b>810 % BRSS</b>

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 19



# DENTAIRE

## Vos garanties (2/3)

← Sommaire

		Régime Socle	Régime Surcomplémentaire non responsable	Régime Socle + Surcomplémentaire
<b>Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale à tarifs libres</b>	Couronnes, bridges et inter de bridges	<b>550</b> % BRSS	-	<b>550</b> % BRSS
	Inlay-cores	<b>370</b> % BRSS	-	<b>370</b> % BRSS
	Couronnes sur implant	<b>550</b> % BRSS	-	<b>550</b> % BRSS
	Prothèses dentaires amovibles	<b>550</b> % BRSS	-	<b>550</b> % BRSS
	Réparations sur prothèses	<b>550</b> % BRSS	-	<b>550</b> % BRSS
	Prothèses dentaires provisoires	<b>810</b> % BRSS	-	<b>810</b> % BRSS
<b>Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale</b>	Couronnes	<b>18,6</b> % PMSS par acte	-	<b>18,6</b> % PMSS par acte
	Bridges	<b>48,9</b> % PMSS par acte	-	<b>48,9</b> % PMSS par acte
	Prothèses dentaires transitoires	<b>2,40</b> % PMSS par acte	-	<b>2,40</b> % PMSS par acte
	Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	<b>2,20</b> % PMSS par acte	-	<b>2,20</b> % PMSS par acte

Tous ces actes sont dans la limite des honoraires limites de facturation.

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 19



# DENTAIRE

## Vos garanties (3/3)

← Sommaire

		Régime Socle	Régime Surcomplémentaire non responsable	Régime Socle + Surcomplémentaire
Orthodontie	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	<b>550 % BRSS</b>	-	<b>550 % BRSS</b>
	Non remboursée par la Sécurité sociale - 18 ans ( si début des travaux avant 18ème anniversaire)	<b>550 % BRSS reconstituée</b>	-	<b>550 % BRSS reconstituée</b>
	Non remboursée par la Sécurité sociale + 18 ans (si début des travaux avant 18ème anniversaire)	<b>50 % Frais Réels limités à 250 % BRSS reconstituée</b>	-	<b>50 % Frais Réels limités à 250 % BRSS reconstituée</b>
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)		<b>50 % Frais Réels limité à 10 % PMSS</b>	-	<b>50 % Frais Réels limité à 10 % PMSS</b>
Endodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)		<b>50 % Frais Réels limité à 10 % PMSS</b>	-	<b>50 % Frais Réels limité à 10 % PMSS</b>
Implant pilier implantaire		<b>65 % Frais Réels limité à 25 % PMSS/ (implant + pilier implantaire) limité à 6 par an et par bénéficiaire</b>	<b>1 000 €:</b> (implant + pilier implantaire) y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle limité à 6 par an et bénéficiaire	<b>1 000 €:</b> (implant + pilier implantaire) y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle limité à 6 par an et bénéficiaire
Régénérescence osseuse dans le cadre de la pose d'un implant		<b>300 €</b> par implant dans la limite de <b>40 % PMSS</b> par an et bénéficiaire	-	<b>300 €</b> par implant dans la limite de <b>40 % PMSS/an/</b> bénéficiaire
Radiologie non remboursée dans le cadre de la pose d'un implant		<b>100 €</b> par implant/an/ bénéficiaire	-	<b>100 €</b> par implant/an/ bénéficiaire

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 19



# DENTAIRE

## Limitations et Exclusions

← Sommaire

### À savoir :

Les plafonds de remboursement sont calculés et proratisés : sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses.

En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

<b>Soins et prothèses dentaires 100 % Santé</b>	Sans reste à charge pour l'assuré, Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation. Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.
<b>Soins dentaires</b>	Les soins sont remboursés dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation.
<b>Orthodontie</b>	Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
<b>Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)</b>	Seuls les actes inscrits et codés selon la nomenclature de la Sécurité sociale en vigueur à la date des soins, peuvent faire l'objet d'un remboursement. Les mentions NPC (non pris en charge) et NR (non remboursé) ne sont pas des codifications de la nomenclature de la Sécurité sociale. Les actes non-inscrits à la nomenclature sont mentionnés HN (hors nomenclature) et sont donc exclus.

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 19



### Dispositif 100% Santé

Le dispositif 100 % Santé vous permet d'accéder à des lunettes de vue, des aides auditives et des prothèses dentaires de qualité, prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale et les mutuelles.

### Inlay-core

L'inlay core sert de socle avant la pose d'une couronne ou d'un bridge. En renforçant la racine dentaire, il permet la pose de la couronne et ainsi d'éviter l'extraction dentaire.

### Inlays – Onlays

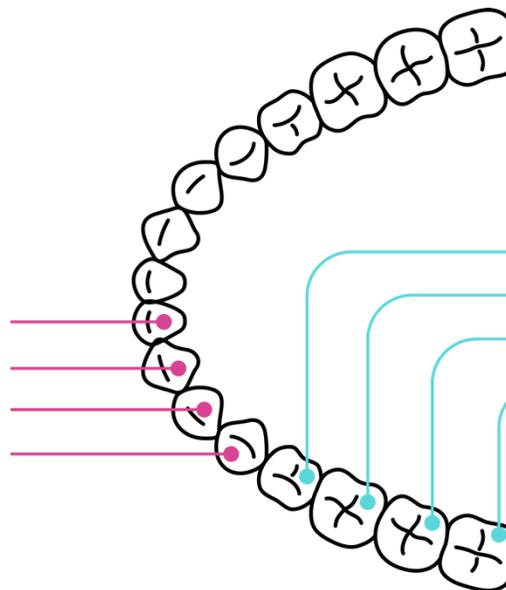
L'inlay-onlay sert à restaurer une dent atteinte d'une carie sur au moins une face. Il peut être réalisé quand la carie est importante et qu'un simple «plombage» ne permet pas de reconstituer la dent.

#### DENTS VISIBLES

- Incisive centrale
- Incisive latérale
- Canine
- Première prémolaire

#### DENTS NON VISIBLES

- Seconde prémolaire
- Première molaire
- Seconde molaire
- Troisième molaire





## DENTAIRE

# Avantages inclus dans vos garanties

← Sommaire

### Trouvez un dentiste de confiance, au juste prix

Avec Kalixia dentaire, bénéficiez d'un réseau de plus de **7 000 chirurgiens-dentistes** présents partout en France.

Economisez en moyenne :

- **300 € sur les implants**
- **200 € sur un semestre d'orthodontie**

Et bénéficiez aussi d'**honoraires plafonnés** sur les prothèses et la parodontologie.

### Vos services +

- une **garantie de 10 ans** pour les prothèses dentaires.
- un **passport traçabilité** pour être assuré de la conformité des prothèses, des implants et des équipements orthodontiques.
- des **professionnels sélectionnés** pour la qualité de leurs pratiques.

### On s'occupe de tout !

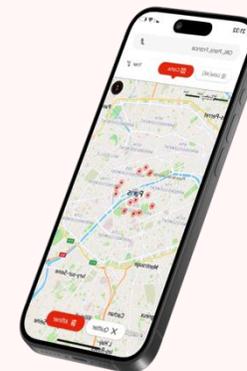


**Pas d'avance de frais ni de devis à transmettre.**



Avant d'engager vos frais, vous recevez automatiquement par sms et par mail votre devis, qui nous a été adressé par le professionnel de santé, avec votre reste à charge éventuel.

**Pour trouver le professionnel le plus proche, rendez-vous sur votre Espace Client.**



Réseau N°1  
en France



Kalixia



# DENTAIRE

## Justificatifs à fournir

← Sommaire

		Avec télétransmission Noémie	Sans télétransmission Noémie
<b>Orthodontie</b>	Remboursée par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés.</li><li>• Décompte de la Sécurité sociale.</li></ul>
	Non remboursée par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facture acquittée indiquant la date de début et de fin du semestre de traitement.</li><li>• Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état.</li></ul>	
<b>Prothèses dentaires</b> remboursées par la Sécurité sociale		<ul style="list-style-type: none"><li>• Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Décompte de remboursement de la Sécurité sociale.</li><li>• Devis détaillé et accepté par l'assuré.</li><li>• Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés.</li></ul>
<b>Soins dentaires</b> , parodontologie, remboursés par la Sécurité sociale		<ul style="list-style-type: none"><li>• Devis détaillé et accepté par l'assuré.</li><li>• Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Devis détaillé et accepté par l'assuré.</li><li>• Décompte de remboursement de la Sécurité sociale.</li><li>• Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Parodontologie</b> et prothèses non remboursés par la Sécurité sociale</li><li>• <b>Implant</b> et pilier implantaire</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Facture acquittée mentionnant le(s) code(s) CCAM Dentaire et le coût de chaque acte ainsi que le numéro des dents concernées.</li></ul>	



## Garanties **optique**



# OPTIQUE

## Exemple de remboursement

← Sommaire

**Emilie est myope et elle a remarqué que sa vue a baissé depuis quelque temps.** Après une visite chez son ophtalmo, **elle doit changer ses lunettes.**



### Le + de son contrat

En cas d'indisponibilité de son ophtalmologue, elle obtient un **RDV en 48h dans un centre partenaire Point Vision**. Elle trouve le centre plus proche depuis son Espace Client. Puis, armée de son ordonnance, elle se rend chez plusieurs opticiens pour comparer les prix.

**Elle se rend chez un opticien de son choix.** Elle est remboursée comme le prévoit son contrat

1 monture + 2 verres simples 450 €

Montants remboursés par les contrats mis en place par votre employeur			
Sécurité sociale	Régime socle	Régime surcomplémentaire	Reste à charge
0,09 €	419,91 €	30 €	0 €
		reste à charge	0 €



# OPTIQUE

## Vos garanties (1/2)

← Sommaire

		Régime Socle	Régime Surcomplémentaire non responsable	Régime Socle + Surcomplémentaire
<b>Équipement 100 % Santé (classe A)</b> Y compris facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien		<b>sans reste à charge</b> pour l'assuré (remboursement <b>maximum</b> pour la <b>monture de 100 €</b> )	Remboursement maximum pour la monture de <b>50 €</b>	<b>sans reste à charge</b> pour l'assuré (remboursement <b>maximum</b> pour la <b>monture de 150 €</b> )
<b>Équipement autre que 100% Santé (classe B)</b>  Y compris le remboursement de la sécurité sociale (dans la limite de 100€ pour la monture)	Monture + 2 <b>Verres simples</b>	<b>420 €</b>	<b>80 €</b>	<b>500 €</b>
	Monture + 1 Verre simple + 1 verre complexe	<b>560 €</b>	<b>90 €</b>	<b>650 €</b>
	Monture + 2 <b>Verres complexes</b>	<b>700 €</b>	<b>100 €</b>	<b>800 €</b>
	Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe	<b>610 €</b>	<b>140 €</b>	<b>750 €</b>
	Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe	<b>750 €</b>	<b>150 €</b>	<b>900 €</b>
	Monture + 2 <b>Verres très complexes</b>	<b>800 €</b>	<b>200 €</b>	<b>1000 €</b>
	Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	<b>100 % BRSS</b>	-	<b>100 % BRSS</b>
<b>Chirurgie optique réfractive</b> par œil et par bénéficiaire		<b>50 % Frais Réels</b> limités à <b>20 % PMSS</b> par œil plus en complément si reste à charge : 60% Frais Réels limités à 600€ par œil	<b>100 % Frais Réels</b> dans la limite de <b>1 400 €</b> / œil régime socle compris	<b>100 % Frais Réels</b> dans la limite de <b>1 400 €</b> / œil régime socle compris

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 28



# OPTIQUE

## Vos garanties (2/2)

← Sommaire

		Régime Socle	Régime Surcomplémentaire non responsable	Régime Socle + Surcomplémentaire
Lentilles prescrites	remboursées par la <b>Sécurité sociale</b> / par an et par bénéficiaire	<b>100 % BRSS + 12 % PMSS</b> par an et bénéficiaire		<b>100 % BRSS + 12 % PMSS</b> par an et bénéficiaire
	y compris jetables, <b>non remboursées par la Sécurité sociale</b> / par an et bénéficiaire	<b>12 % PMSS</b> par an et par bénéficiaire		<b>12 % PMSS</b> par an et par bénéficiaire

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 28



# OPTIQUE

## Limitations et Exclusions (1/2)

← Sommaire

<b>Lunettes 100 % Santé (classe A) : 1 monture + 2 verres + Examen de la vue par l'opticien.</b>		Dispositif 100 % Santé : une sélection de montures et de verres intégralement remboursés.
<b>Lunettes Hors 100% Santé (classe B) :</b> <b>1 monture + 2 verres</b>	Par monture	Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis par la nomenclature de la Sécurité sociale.  L'équipement optique ne concerne pas les produits suivants : étuis, lunettes de soleil, produits d'entretien, cordons à lunettes.  Le renouvellement des équipements est pris en charge : <ul style="list-style-type: none"><li>• Tous les <b>2 ans</b> pour les 16 ans et plus.</li><li>• Tous les ans pour les moins de 16 ans.</li></ul> À titre dérogatoire : <ul style="list-style-type: none"><li>• Les enfants de moins de 7 ans peuvent avoir un changement d'équipement tous les 6 mois en cas de changement de morphologie du visage.</li><li>• Les moins de 16 ans n'ont pas de délai à respecter en cas de changement d'acuité visuelle.</li><li>• Les 16 ans et plus ont un délai minimal d'un an à respecter en cas de changement d'acuité visuel.</li><li>• Aucun délai minimal n'est à respecter en cas de pathologie spécifique clairement mentionnée sur l'ordonnance.</li><li>• Tous les 6 mois en cas de bris pour les patients atteints de troubles neurologiques graves.</li></ul> Les équipements sont remboursés dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.
	Par verre simple	
	Par verre complexe	
	Par verre très complexe	
<b>Lentilles prescrites</b>	Par an et par bénéficiaire	

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 28



# OPTIQUE

## Limitations et Exclusions (2/2)

← Sommaire

	<b>Par délais de renouvellement légal</b>	<b>Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue</b>	<b>En cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières</b>
<b>Adulte et enfant de 16 ans et plus</b>	2 ans de date à date (suivant la dernière facturation)	1 an de date à date (suivant la dernière facturation) pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture).	Pas de délai pour les verres*
<b>Enfant de 6 à 16 ans (16 ans non inclus)</b>	1 an de date à date (suivant la dernière facturation)	Pas de délai pour les verres*	Pas de délai pour les verres*
<b>Enfant de 0 à 6 ans (6 ans non inclus)</b>	1 an de date à date <sup>[SEP]</sup> (exception : 6 mois pour la monture et les verres en cas d'évolution de la morphologie du visage)	Pas de délai pour les verres*	Pas de délai pour les verres*

\*Se reporter à la notice pour le détail des cas d'application des dérogations sur la périodicité



## **Dispositif 100% Santé**

Le dispositif 100 % Santé vous permet d'accéder à des lunettes de vue, des aides auditives et des prothèses dentaires de qualité, prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale et les mutuelles.

## **Réseau Kalixia**

Les professionnels de santé partenaires du réseau Kalixia s'engagent à proposer des prestations de qualité.

Le tiers payant est systématique et les tarifs sont négociés.

## **Verre simple**

Ce sont des verres à simple foyer, qui vont corriger soit la myopie, soit l'astigmatisme, soit l'hypermétropie.

Simple foyer signifie qu'ils ne peuvent corriger qu'une seule pathologie.

## **Verre complexe**

Ce sont des verres multifocaux ou progressifs qui possèdent plusieurs foyers (double ou triple foyer) et sont donc capables de prendre en compte 2 ou 3 pathologies.

## **1 équipement = 1 monture + 2 verres**

Renouvellement par équipement (1 monture + 2 verres).

## **Verre très complexe**

Ce sont des verres complexes qui ont une très forte correction.



## OPTIQUE

# Avantages inclus dans vos garanties

← Sommaire

### Obtenez un RDV en 48H avec un ophtalmologue

Grâce à notre partenariat avec les centres Point Vision, vous **obtenez rapidement un rendez-vous** et bénéficiez d'un **bilan visuel complet**.

**Rendez-vous sur votre Espace Client pour prendre rendez-vous avec le centre le plus proche.**

### Payez vos lunettes au juste prix

Avec Kalixia optique, bénéficiez d'un réseau de 6 000 opticiens présents partout en France.

Economisez en moyenne :

- **20% sur votre monture**
- **entre 100 à 200 € sur vos verres**
- **30% sur vos lentilles**

Vous avez accès à toutes les montures, aux dernières générations de verres et de traitements. Et bien d'autres avantages !

**Pour en savoir plus et trouver le professionnel le plus proche, rendez-vous sur votre Appli.**

### On s'occupe de tout !



**Pas d'avance de frais ni de devis à transmettre.**



Avant d'engager vos frais, vous recevez automatiquement par sms et par mail votre devis, qui nous est adressé par le professionnel de santé, avec votre reste à charge éventuel.

Réseau N°1  
en France  
  
Kalixia



## Garanties **audition**



# AUDITION

## Exemple de remboursement

← Sommaire

**Thibault a des difficultés à entendre.** Il s'est décidé à aller voir plusieurs **audioprothésistes** pour se renseigner et comparer ce qu'ils lui proposent.



### Le + de son contrat

Chez un audioprothésiste partenaire de sa mutuelle (Kalixia), après avoir sélectionné des appareils, il reçoit instantanément un devis par SMS et par e-mail pour savoir ce qu'il va payer ! Et en plus, **il peut faire bénéficier ses parents de tous les avantages du réseau !** Il trouve le partenaire le plus proche depuis son Espace Client.

**Il se rend chez l'audioprothésiste de son choix.** Il est remboursé comme le prévoit son contrat.

	Montants remboursés par les contrats mis en place par votre employeur			
	Sécurité sociale	Régime socle	Régime surcomplémentaire	Reste à charge
Prothèse auditive	1590 €	240 €	1350 €	0 €
			0 €	0 €
			reste à charge	0 €



# AUDITION

## Vos garanties

← Sommaire

		Régime socle	Surcomplémentaire non responsable	Régime + Surcomplémentaire
Équipement <b>100% Santé</b> (classe I)		<b>sans reste à charge</b> (dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente)	-	<b>sans reste à charge</b> (dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente)
Équipement autre que <b>100% Santé</b> (classe II) Limité à 1 700€ TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale par bénéficiaire	<b>450 % BRSS, Limité à 1 700 € TTC par oreille</b>		<b>450 % BRSS, Limité à 1 700 € TTC par oreille</b>
	Accessoires et fournitures	<b>100 % BRSS</b>	-	<b>100 % BRSS</b>

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 34



# AUDITION

## Limitations et Exclusions

← Sommaire

Aide auditive ou équipement par oreille - <b>Renouvellement par appareil tous les 4 ans.</b>	
<b>Equipements 100 % Santé : aides auditives de classe I</b>	Intégralement remboursé. Dispositif 100 % Santé : une sélection d'aides auditives intégralement remboursée.
<b>Aides auditives hors 100 % santé</b>	Remboursées dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 34



## **Dispositif 100% Santé**

Le dispositif 100 % Santé vous permet d'accéder à des lunettes de vue, des aides auditives et des prothèses dentaires de qualité, prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale et les mutuelles..

## **Accessoires & fournitures**

Il s'agit par exemples des piles ou des embouts auriculaires.

## **Classe d'équipement auditif**

### **L'équipement auditif de « classe I » sans reste à charge :**

cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % Santé.

**L'équipement auditif de « classe II » :** cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

*La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre ans suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'Institution, depuis le 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.*



## AUDITION

# Avantages inclus dans vos garanties

← Sommaire

### Bénéficiez de prothèses audio de qualité à prix négociés

Avec Kalixia audio, profitez de tous les avantages de notre réseau.

Vous économisez en moyenne :

- **200 €** sur un double appareillage.
- **20 %** sur les accessoires de connectivité.

2 centres audio sur 3 sont partenaires de notre réseau, **trouvez le professionnel le plus proche depuis votre Espace Client.**

Réseau N°1  
en France



### Autres avantages :

- ✓ Un **suivi régulier** incluant un carnet de suivi, un **kit d'entretien** et une **garantie panne de 4 ans.**
- +
- ✓ **Vos parents bénéficient des mêmes avantages que vous** sur présentation de l'attestation téléchargeable depuis votre Espace client.
- ✗ **Pas d'avance de frais ni de devis à transmettre.**
- ✉ Avant d'engager vos frais, vous recevez automatiquement par sms et par mail votre devis, qui vous est adressé par le professionnel de santé, avec votre reste à charge éventuel.

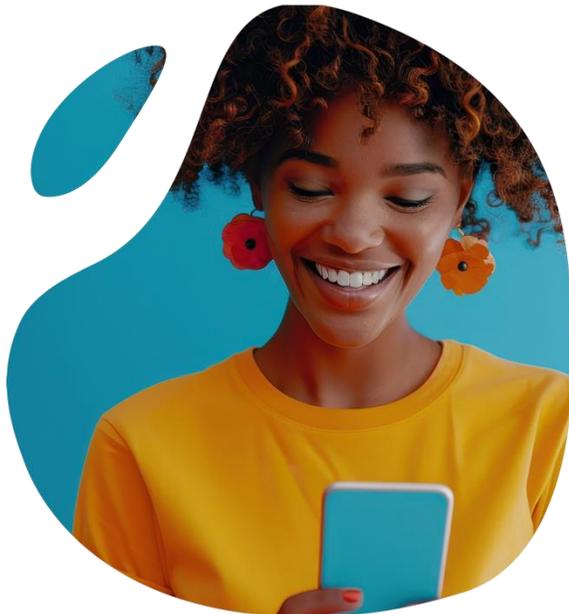


# AUDITION

## Justificatifs à fournir

← Sommaire

	Avec télétransmission Noémie	Sans télétransmission Noémie
Petit appareillage, prothèses auditives	<ul style="list-style-type: none"><li>• Devis détaillé et accepté par l'assuré</li><li>• Facture détaillée et acquittée par l'assuré</li><li>• Le cas échéant, prescription médicale</li><li>• Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'audioprothésiste</li></ul>	



## Garanties **soins courants**



# SOINS COURANTS

## Exemples de remboursement

← Sommaire



**Thibault a des douleurs chroniques**, son **médecin traitant** (généraliste) l'oriente vers un **cardiologue** (médecin spécialiste), et lui prescrit une **échographie** (examen médical). **En prenant RDV depuis son appli Malakoff Humanis, il choisit un cardiologue qui pratique des honoraires libres.** C'est-à-dire qu'il n'a pas signé de convention avec l'Assurance Maladie pour limiter ses dépassements d'honoraires. **Il choisit en revanche un centre d'examen conventionné.**

		Montants remboursés par les contrats mis en place par votre employeur			
		Sécurité sociale	Régime socle	Régime surcomplémentaire	Reste à charge
Consultation de généraliste	38 €	18,55 €	19,45 €	0 €	0 €
Consultation spécialiste	90 €	16,10 €	29,90 €	44 €	0 €
Examens	104,29 €	20,50 €	38,06 €	45,73 €	0 €
Coût total	232,29 €			reste à charge	0 €

### À savoir :

Thibault est mieux remboursé quand les praticiens et les centres de santé adhèrent aux Dispositifs de Pratique de Tarifs Maîtrisés et sont conventionnés. Depuis l'appli Malakoff Humanis, il trouve rapidement un professionnel de santé, voit ses tarifs et le montant de son remboursement.



# SOINS COURANTS

## Vos garanties (1/2)

← Sommaire

		Régime Socle	Régime Surcomplémentaire non responsable	Régime Socle + Surcomplémentaire
Chez un généraliste	<b>Adhérent</b> dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	250 % BRSS	-	250 % BRSS
	<b>Non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée et <b>conventionné</b>	200 % BRSS	50 % BRSS	250 % BRSS
Chez un spécialiste	<b>Adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	450 % BRSS	50 % BRSS	500 % BRSS
	<b>Non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée <b>conventionné</b>	200 % BRSS	300 % BRSS	500 % BRSS
Petite chirurgie et acte de spécialité	<b>Adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % Frais Réels		100 % Frais Réels
	<b>Non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée <b>conventionné</b>	200 % BRSS	300 % BRSS	500 % BRSS
Actes d'imagerie médicale	<b>Adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % Frais Réels		100 % Frais Réels
	<b>Non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % BRSS	300 % BRSS	500 % BRSS
<b>Frais d'analyse</b> et de <b>laboratoire</b>		100 % Frais Réels		100 % Frais Réels
Auxiliaires médicaux	Conventionnés	100 % Frais Réels		100 % Frais Réels
	Non conventionnés	95 % Frais Réels (mini : 100 % BRSS)		95 % Frais Réels (mini : 100 % BRSS)
<b>Autre appareillage remboursé</b> par la Sécurité sociale hors aides auditives et optique (ex : orthèses, semelles orthopédiques, ceintures lombaires, bas de contention, classe I, II et III...)		450 % BRSS		450 % BRSS

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 43



# SOINS COURANTS

## Vos garanties (2/2)

← Sommaire

	Régime socle	Surcomplémentaire non responsable	Régime + Surcomplémentaire
<b>Télesurveillance médicale</b> et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique - remboursés par la Sécurité sociale	<b>Ticket Modérateur</b>	<b>Ticket Modérateur</b>	<b>Ticket Modérateur</b>
<b>Pharmacie</b> remboursée par la Sécurité sociale	100 % BRSS ou TFR	-	100 % BRSS ou TFR
<b>Transport</b> remboursé par la Sécurité sociale	100 % Frais Réels	-	100 % Frais Réels

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 43



# SOINS COURANTS

## Limitations et Exclusions (1/2)

← Sommaire

### À savoir :

Les frais médicaux, de toute nature, n'ayant pas donné lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale ne sont pas remboursés, sauf indication contraire définie par la garantie.

Honoraires médicaux	Généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	<ul style="list-style-type: none"><li>Le montant de la majoration des visites à domicile n'est pas remboursé pour les cas non justifiés par des conditions médicales ou particulières.</li><li>La participation forfaitaire de 2 € n'est pas remboursée.</li></ul>
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
	Spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
	Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
	Actes d'imagerie médicale réalisés par un professionnel	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 43



# SOINS COURANTS

## Limitations et Exclusions (2/2)

← Sommaire

### À savoir :

L'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et qui n'est pas justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée) n'est pas remboursé.

Médicaments	Médicaments remboursés à 65%	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le remboursement est limité au ticket modérateur pour les médicaments remboursés par la Sécurité sociale.</li><li>• La franchise sur les boîtes de médicaments n'est pas remboursée.</li><li>• Les produits vendus en pharmacie au taux de 20 % ne sont pas remboursés.</li></ul>
	Médicaments remboursés à 30%	
	Médicaments remboursés à 15%	
Consultation de psychologue, remboursée par la Sécurité sociale - dispositif Monsoutienpsy (12 séances/an/ bénéficiaire)  La liste des psychologues référencés est disponible sur le site : <a href="http://monsoutienpsy.sante.gouv.fr">monsoutienpsy.sante.gouv.fr</a>		<p>Ce dispositif donne accès à des consultations de psychologues conventionnés intégralement remboursées :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dans la limite de 12 séances par an (1séance pour l'entretien d'évaluation et 11 séances pour l'accompagnement)</li><li>• Le tarif des consultations est fixé à 50 euros.</li><li>• Seules les séances réalisées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale font l'objet d'un remboursement. Ces séances ne peuvent pas faire l'objet de dépassement d'honoraires.</li></ul> <p>Pour les séances de psychologues non remboursées par la Sécurité sociale, voir la garantie « médecine additionnelle et de prévention ».</p>



### **BRSS – Base de remboursement Sécurité sociale**

C'est le tarif servant de base de calcul à la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.

En complément, la mutuelle peut effectuer un remboursement, en fonction de ce tarif de base.

Retrouvez les Base de Remboursement, sur le site [Ameli.fr](https://www.ameli.fr) [ici](#).

### **TFR – Tarif de référence pour le remboursement**

C'est une base de remboursement pour certains médicaments qui concerne aujourd'hui environ 3 900 spécialités (sur un peu plus de 16 300 spécialités remboursables). Il est destiné à prendre en charge, sur la base d'un tarif unique, des produits équivalents en termes d'efficacité (médicaments génériques et médicaments d'origine).

### **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**

Certains médecins secteur 2 (qui pratiquent des dépassements d'honoraires) ont signé l'une des conventions OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OTPAM-CO (en chirurgie et obstétrique).

Cela signifie qu'ils s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans les conditions établies par la convention.

Consultez l'annuaire : [annuaire.sante.ameli.fr](https://annuaire.sante.ameli.fr)  
La mention "Conventionné secteur 2 avec option tarifaire (OPTAM)" s'affiche si le médecin secteur 2 s'est engagé.

### **Participation forfaitaire et franchise médicale**

Il existe des forfaits pour certains actes, qui ne sont remboursés ni par la Sécurité sociale, ni par la mutuelle. Il s'agit notamment de : la participation forfaitaire de 2 € sur les consultations ou actes médicaux, la franchise médicale sur les boîtes de médicaments.

### **TM – Ticket Modérateur**

Montant des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale.

### **SMUR – Service médical d'urgence régional**

Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.



## SOINS COURANTS

# Avantages inclus dans vos garanties

← Sommaire

### Trouvez un professionnel de santé facilement

Notre appli vous facilite la vie :

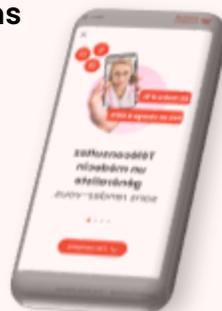
- elle recherche, autour de vous, les **médecins disponibles**,
- elle peut sélectionner les médecins **qui acceptent de nouveaux patients**,
- elle **calcule votre remboursement** et votre reste à charge éventuel.



### Obtenez une téléconsultation dans l'heure

Depuis notre appli vous accédez rapidement à un médecin généraliste en téléconsultation.

- Un service accessible **7j/7 de 8h à 20h en France comme à l'étranger**.
- La **transmission d'une ordonnance** utilisable directement en pharmacie.
- **5 téléconsultations par an et par bénéficiaire** sont prises en charge par votre contrat Santé.



### Bénéficiez rapidement de l'avis d'un autre médecin

Vous souhaitez avoir un avis complémentaire face à l'annonce d'une maladie grave, d'un traitement lourd ou d'une intervention chirurgicale ? Avec notre partenaire « Deuxième avis médical », vous recevez, en moins de 7 jours l'avis d'un spécialiste.

Accédez au service par téléphone : **01 81 80 00 48** ou en ligne sur **deuxiemeavis.fr**



Vos échanges et vos données sont protégés par le secret médical.



Vous recevez un compte rendu par mail.



# SOINS COURANTS

## Justificatifs à fournir

← Sommaire

	Avec télétransmission Noémie	Sans télétransmission Noémie
Consultations, visites, pharmacie, analyses, laboratoires, petite chirurgie, radiologie, auxiliaires médicaux	<ul style="list-style-type: none"><li>• Néant</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Décompte de remboursement de la Sécurité sociale</li></ul>
Orthopédie, petit appareillage, prothèses auditives	<ul style="list-style-type: none"><li>• Devis détaillé et accepté par l'assuré</li><li>• Facture détaillée et acquittée par l'assuré</li><li>• Le cas échéant, prescription médicale</li><li>• Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'audioprothésiste</li></ul>	
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit</li></ul>	



## Garanties **médecine additionnelle & prévention**



# MÉDECINE ADDITIONNELLE & PRÉVENTION

## Exemples de remboursement : ostéopathie et acupuncture

← Sommaire



**Emilie a des douleurs au dos** depuis quelques temps, son généraliste lui conseille de se rendre chez un **ostéopathe** et de réaliser quelques séances **d'acupuncture** pour évacuer son stress. Elle bénéficie de la surcomplémentaire.

Soins réalisés	Dépenses	Sécurité sociale	Régime socle (2 montants de remboursement qui s'ajoutent)		Régime Surcomplémentaire	Total remboursé par dépense	Reste à charge	
1 séance chez un Ostéopathe (janvier)	65 €	0 €	32,50 € +	32,50 € +	0 €	= 65 €	0 €	
4 séances d'Acupuncture (juin)	600 €	0 €	242,25 € +	50 x 4 = 200 € +	0 €	= 442,25 €	157,75 €	
2 séances chez un Ostéopathe (juillet)	200 €	0 €	0 € +	50 € +	50 €	= 100 €	100 €	
<b>Total des dépenses =</b>	<b>865 €</b>		Maximum : 50% des Frais Réels dans la limite 7% du PMSS par an, soit <b>274,75 €</b> en 2025		Maximum : 50 € par séance et <b>400 €</b> par an et par bénéficiaire	Maximum : 100 € par séance (socle inclus) et <b>6 séances</b> par an et par bénéficiaire.	<b>Total remboursé: 607,25 €</b>	<b>Total: 257,75 €</b>

### À retenir :

Le calcul du montant remboursé s'effectue en **3 étapes** et dans la limite des plafonds indiqués dans le tableau. Sur les 2 dernières séances d'ostéopathie, les différents plafonds sont atteints, ainsi les 100€ de la dernière séance ne sont pas remboursés. **Pour tout comprendre sur ce calcul, se reporter les 2 pages suivantes.**



# MÉDECINE ADDITIONNELLE & PRÉVENTION

## Tout comprendre sur le calcul des remboursements : ostéopathie et acupuncture (1/3)

← Sommaire

Soins réalisés	Dépenses	Sécurité sociale	Régime socle (2 montants de remboursement qui s'ajoutent)	Régime Supplémentaire	Total remboursé par dépense	Total à payer	
1 séance chez un Ostéopathe (janvier)	65 €	0 €	32,50 € +	32,50 € +	0 € = 65 €	0 €	
4 séances d'Acupuncture (juin)	600 €	0 €	242,25 € +	50 x 4 = 200 € +	0 € = 442,25 €	157,75 €	
2 séances chez un Ostéopathe (juillet)	200 €	0 €	0 € +	50 € +	50 € = 100 €	100 €	
Total des dépenses =	865 €		1	2	3	Total remboursé : 607,25 €	Total : 257,75 €

### Règle de calcul du premier montant de remboursement

50% du montant de la dépense sera remboursé, dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire (total des remboursements perçus entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre) correspondant à 7% du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale), soit 274,75 €, puisque le PMSS en 2025, s'élève à 3925 €.

Les séances d'ostéopathie, d'acupuncture, de chiropractie et de kinésithérapie méthode Mézières, se déduisent d'un seul et même plafond annuel.

### Dans l'exemple d'Émilie

Émilie se voit remboursée 32,50 € (= 50% x 65 €) pour sa première séance d'ostéopathie au titre du premier niveau socle.

Sur les 600€ dépensés en acupuncture, elle pourra se faire rembourser 242,25 € (274,75 € - 32,50 € déduits plus haut).

Son premier plafond est atteint et les dépenses suivantes ne seront plus remboursées au titre du premier niveau socle.

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 57



# MÉDECINE ADDITIONNELLE & PRÉVENTION

## Tout comprendre sur le calcul des remboursements : ostéopathie et acupuncture (2/3)

← Sommaire

Soins réalisés	Dépenses	Sécurité sociale	Régime socle (2 montants de remboursement qui s'ajoutent)	Régime Surcomplémentaire	Total remboursé par dépense	Total remboursé	
1 séance chez un Ostéopathe (janvier)	65 €	0 €	32,50 € +	32,50 € +	0 € =	65 €	0 €
4 séances d'Acupuncture (juin)	600 €	0 €	242,25 € +	50 x 4 = 200 € +	0 € =	442,25 €	157,75 €
2 séances chez un Ostéopathe (juillet)	200 €	0 €	0 € +	50 € +	50 € =	100 €	100 €
Total des dépenses =	865 €		1	2	3	Total remboursé : 607,25 €	Total : 257,75 €

### Règle de calcul du deuxième montant de remboursement

Un complément de remboursement prévu 70 % des frais réels dans la limite de 50 € par séance.

Ce complément est limité à 400 € par an et par bénéficiaire (pour des dépenses engagées chez des professionnels en Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie et Kinésithérapie méthode Mézières disposant d'un numéro RPPS).

### Dans l'exemple d'Émilie

Il reste à la charge d'Émilie, 32,50 € sur sa première séance d'ostéopathie et 357,50 € (= 600 - 242,25) sur ses soins d'acupuncture.

Le second niveau du socle entre en action et prend en charge les 32,50 € restants (limite de 50€ par séance) et 200 € sur les 357,50 € d'acupuncture restants (soit la limite de 50 € par séance sur les 4 séances).

Puis vient le complément lié au régime surcomplémentaire.



# MÉDECINE ADDITIONNELLE & PRÉVENTION

## Tout comprendre sur le calcul des remboursements : ostéopathie et acupuncture (3/3)

← Sommaire

Soins réalisés	Dépenses	Sécurité sociale	Régime socle (2 montants de remboursement qui s'ajoutent)	Régime Surcomplémentaire	Total remboursé par dépense	Total
1 séance chez un Ostéopathe (janvier)	65 €	0 €	32,50 € + 32,50 €	0 €	= 65 €	0 €
4 séances d'Acupuncture (juin)	600 €	0 €	242,25 € + 50 x 4 = 200 €	0 €	= 442,25 €	157,75 €
2 séances chez un Ostéopathe (juillet)	200 €	0 €	0 € + 50 €	50 €	= 100 €	100 €
Total des dépenses =	865 €				Total remboursé: 607,25 €	Total : 257,75 €

1 2 3

### Règle de calcul du remboursement du régime surcomplémentaire

La surcomplémentaire, permet de **compléter les remboursements dans la limite de 6 séances par an et par bénéficiaire**, en prenant en charge **100% des Frais Réels, dans la limite de 100€ par séance** (incluant le montant remboursé au titre du régime socle).

### Dans l'exemple d'Émilie

Sur l'Acupuncture, la surcomplémentaire n'intervient pas, car le montant du remboursement au titre du régime socle (442,25 €), dépasse la limite de 100 € par séance (soit 400€ pour les 4 séances) de 42,25 €.

La toute première séance d'ostéopathie et les séances d'acupuncture sont décomptées du plafond annuel sur le nombre de séances (6 par bénéficiaire), même si la surcomplémentaire n'est pas intervenue. 5 séances ayant déjà été remboursées au moment de la dernière demande de remboursement, une seule séance supplémentaire peut faire l'objet d'un complément de remboursement sur les 2 réglées. La dernière séance d'ostéopathie n'est donc pas prise en charge, les suivantes ne le seront pas non plus, quelle que soit la spécialité.



# MÉDECINE ADDITIONNELLE & PRÉVENTION

## Exemples de remboursement : psychologue adulte

← Sommaire



**Emilie décide de consulter une psychologue.** Convaincue par sa séance d'essai plus courte, elle s'engage dans une **psychothérapie pour adulte** et réalise 5 séances supplémentaires. Soit 6 séances en tout.

		Sécurité sociale	Régime socle (2 montants de remboursement qui s'ajoutent)	Total remboursé par dépense	Reste à charge
1 séance chez un psychologue pour adulte	50 €	0 €	25 € + 25 €	= 50 €	0 €
5 séances chez un psychologue pour adulte	550 €	0 €	249,75 € + 225 €	= 474,75 €	75,25 €
			Maximum : 7% du PMSS par an, soit <b>274,75€</b> en 2025	Maximum : 450 € par an et par bénéficiaire adulte	Un bénéficiaire pourra se faire rembourser au total <b>jusqu'à 724,75 € en 2025</b>

### À retenir :

Le calcul du montant remboursé s'effectue en deux étapes et dans la limite des plafonds indiqués dans le tableau.

**Pour tout comprendre sur le calcul, se reporter à la page suivante.**



# MÉDECINE ADDITIONNELLE & PRÉVENTION

## Tout comprendre sur le calcul des remboursements : ostéopathie et acupuncture (1/2)

← Sommaire

	Sécurité sociale	Régime socle (2 montants de remboursement qui s'ajoutent)		Total remboursé par dépense	Reste à charge
1 séance chez un psychologue pour adulte 50 €	0 €	25 € +	25 € =	50 €	0 €
5 séances chez un psychologue pour adulte 550 €	0 €	249,75 € +	225 € =	474,75 €	75,25€

①                      ②

### Règle de calcul du premier montant de remboursement

**50% du montant de la dépense sera remboursé**, dans la limite d'un **plafond annuel (total des montants de remboursements perçus entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre) par bénéficiaire correspondant à 7% du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)**, soit 274,75 €, puisque le PMSS en 2025, s'élève à 3925 €.

### Dans l'exemple d'Émilie

Ici Émilie a dépensé 50€, pour une première séance un peu plus courte chez un psychologue, elle bénéficie d'un premier remboursement total de sa dépense. Ses 5 séances suivantes, lui coûtent 550 € et lui sont remboursées jusqu'à épuisement de ses différents plafonds par acte ou annuels prévus par ses garanties. Une fois les différents plafonds atteints, les dépenses ne sont plus remboursées.

Émilie est donc remboursée 25€ (= 50% x 50€) pour sa première séance. Sur les 550€ qui correspondent aux 5 séances suivantes, elle peut se faire rembourser au titre du premier plafond 249,75 € max (= 274,75 – 25).

Se déclenche ensuite le second plafond.

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 57



# MÉDECINE ADDITIONNELLE & PRÉVENTION

## Tout comprendre sur le calcul des remboursements : ostéopathie et acupuncture (2/2)

← Sommaire

	Sécurité sociale	Régime socle (2 montants de remboursement qui s'ajoutent)	Total remboursé par dépense	Reste à charge
1 séance chez un psychologue pour adulte 50 €	0 €	25 € + 25 €	= 50 €	0 €
5 séances chez un psychologue pour adulte 550 €	0 €	249,75 € + 225 €	= 474,75 €	75,25 €

1                      2

### Règle de calcul du deuxième montant de remboursement

Un **complément de remboursement prévu sur le contrat socle qui prévoit 60% des frais réels dans la limite de 45 € par séance** de soin max.

Ces compléments de remboursements ne peuvent excéder au total **450 € par an et par bénéficiaire adulte**, (pour des dépenses engagées chez des professionnels de santé en psychomotricien, psychothérapie et psychologue).

### Dans l'exemple d'Émilie

Le second niveau du socle diminue le reste à charge d'Émilie  $(550 - 249,75) = 300,25$  €

Le second plafond prend en charge au maximum 60% des Frais Réels (= 550 €) dans la limite de 45 € par séance, soit  $(60\% \times 550 \text{ €} = 330 \text{ €})$ , dans la limite de 45 € par séance.

Soit  $5 \times 45 = 225$  € qui s'ajoutent.

Les séances coûteront à Émilie  $(300,25 - 225 =)$  75,25 € de sa poche.



# MÉDECINE ADDITIONNELLE & PRÉVENTION

## Vos garanties (1/3)

[← Sommaire](#)

	Régime Socle	Régime Surcomplémentaire non responsable	Régime Socle + Surcomplémentaire
<b>Cures thermales remboursées</b> par la Sécurité sociale: honoraires et soins	12 % <b>PMSS</b> par an et par bénéficiaire	-	12 % <b>PMSS</b> par an et par bénéficiaire
<b>Analyses</b> (hors nomenclature)	50 % Frais Réels limités à 4 % <b>PMSS</b> par an et par bénéficiaire plus en complément si restant à charge 60 % Frais Réels limités à 120 € par an et par bénéficiaire	-	50 % Frais Réels limités à 4 % <b>PMSS</b> par an et par bénéficiaire plus en complément si restant à charge 60 % Frais Réels limités à 120 € par an et par bénéficiaire
<b>Radiologie</b> (hors nomenclature)	50 % Frais Réels limités à 4 % <b>PMSS</b> par an et par bénéficiaire plus en complément si restant à charge 70 % Frais Réels limité à 70 € par acte dans la limite de 300 € par acte et par bénéficiaire	-	50 % Frais Réels limités à 4 % <b>PMSS</b> par an et par bénéficiaire plus en complément si restant à charge 70 % Frais Réels limité à 70 € par acte dans la limite de 300 € par acte et par bénéficiaire
<b>Péridurale</b> (non prise en charge par la Sécurité sociale)	50 % Frais Réels limités à 4 % <b>PMSS</b> par an et par bénéficiaire	-	50 % Frais Réels limités à 4 % <b>PMSS</b> par an et par bénéficiaire
<b>Pilules contraceptives</b> (non remboursées par la Sécurité sociale)	80 % Frais Réels limités à 60 € par trimestre et par bénéficiaire	-	80 % Frais Réels limités à 60 € par trimestre et par bénéficiaire

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 57



# MÉDECINE ADDITIONNELLE & PRÉVENTION

## Vos garanties (2/3)

[← Sommaire](#)

	Régime Socle	Régime Surcomplémentaire non responsable	Régime Socle + Surcomplémentaire
<b>Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologue</b>	<b>50 % Frais Réels</b> limités à <b>7 % PMSS</b> par an et par bénéficiaire plus en complément si restant à charge <b>60 % Frais Réels</b> limités à <b>45 €/acte</b> dans la limite de <b>450 €</b> par an et par bénéficiaire	-	<b>50 % Frais Réels</b> limités à <b>7 % PMSS</b> par an et par bénéficiaire plus en complément si restant à charge <b>60 % Frais Réels</b> limités à <b>45 €/acte</b> dans la limite de <b>450 €</b> par an et par bénéficiaire
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologue <b>pour enfant</b>	<b>50 % Frais Réels</b> limités à <b>7 % PMSS</b> par an et bénéficiaire plus en complément si restant à charge <b>65 % Frais Réels</b> limités à <b>50 €</b> par acte dans la limite de <b>950 €</b> par an et par bénéficiaire	-	<b>50 % Frais Réels</b> limités à <b>7 % PMSS</b> par an et bénéficiaire plus en complément si restant à charge <b>65 % Frais Réels</b> limités à <b>50 €</b> par acte dans la limite de <b>950 €</b> par an et par bénéficiaire
Séance <b>d'accompagnement psychologique</b> (dispositif MonSoutienPsy)	<b>Ticket Modérateur</b>	-	<b>Ticket Modérateur</b>
<b>Etiopathie</b>	<b>17 % PMSS</b> par an et par bénéficiaire	-	<b>17 % PMSS</b> par an et par bénéficiaire
<b>Vaccins prescrits</b> non remboursés par la Sécurité sociale	<b>100% Frais Réels</b>	-	<b>100% Frais Réels</b>

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 57



# MÉDECINE ADDITIONNELLE & PRÉVENTION

## Vos garanties (3/3)

← Sommaire

	Régime Socle	Régime Surcomplémentaire non responsable	Régime Socle + Surcomplémentaire
<b>Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie et Kinésithérapie méthode Mézières</b>	<b>50%</b> des Frais Réels <b>limité à 7 %</b> <b>PMSS</b> par an et par bénéficiaire plus en complément si restant à charge <b>70 %</b> Frais Réels <b>limité à 50€ par acte dans la limite de 400€ par an et par bénéficiaire</b>	100 % Frais Réels dans la limite de 100€ / séance y compris le remboursement du régime socle maximum 6 séances par an et par bénéficiaire	100 % Frais Réels dans la limite de 100€ / séance y compris le remboursement du régime socle maximum 6 séances par an et par bénéficiaire
Traitement <b>anti-tabac remboursé par la Sécurité sociale</b>	<b>70%</b> des Frais Réels <b>limités à 150€ par an et par bénéficiaire</b>	-	<b>70%</b> des Frais Réels <b>limités à 150€ par an et par bénéficiaire</b>
Pédicurie : uniquement pour les <b>ongles incarnés et les hallux-valgus</b>	<b>50%</b> Frais Réels limités à <b>6 actes par an et par bénéficiaire</b>	-	<b>50%</b> Frais Réels limités à <b>6 actes par an et par bénéficiaire</b>
<b>Actes de prévention</b> Tout acte de prévention <b>remboursé par la Sécurité Sociale</b> (liste disponible sur ameli.fr).	<b>100%</b> Frais Réels	-	<b>100%</b> Frais Réels

\* Pour les mots surlignés, voir les définitions en page 57



# MÉDECINE ADDITIONNELLE & PRÉVENTION

## Glossaire

← Sommaire

### **PMSS – Plafond Mensuel de la Sécurité sociale**

Chaque année, les plafonds en euros de la Sécurité sociale sont réévalués par arrêté (loi) et consultables sur le site : [Ameli.fr](https://www.ameli.fr)

### **TFR – Tarif de référence pour le remboursement**

C'est une base de remboursement pour certains médicaments qui concerne aujourd'hui environ 3 900 spécialités (sur un peu plus de 16 300 spécialités remboursables). Il est destiné à prendre en charge, sur la base d'un tarif unique, des produits équivalents en termes d'efficacité (médicaments génériques et médicaments d'origine).

### **TM – Ticket Modérateur**

Montant des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale.



# MÉDECINE ADDITIONNELLE & PRÉVENTION

## Avantages inclus dans vos garanties

← Sommaire

### Trouvez un ostéopathe de confiance

Kalixia ostéo, c'est un réseau de 513 ostéopathes partenaires référencés pour la qualité de leurs pratiques.

Vous bénéficiez :

- **d'honoraires plafonnés,**
- **de soins de qualité** avec des professionnels diplômés d'Etat.

**Trouvez facilement l'ostéo partenaire le plus proche depuis votre Espace Client !**

Réseau N°1  
en France



Kalixia



# MÉDECINE ADDITIONNELLE & PRÉVENTION

## Justificatifs à fournir

← Sommaire

	Avec télétransmission Noémie	Sans télétransmission Noémie
Autres soins	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prescription médicale, sauf pour l'ostéopathie, l'étiopathie, la chiropractie, la kinésithérapie méthode Mézières, dans certains cas les vaccins, et l'acupuncture (Les acupuncteurs doivent être des médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'Etat appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire).</li><li>• Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité</li><li>• et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI ou RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé)</li></ul>	
Cures thermales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facture acquittée et détaillée mentionnant l'ensemble des dépenses y compris les frais de transport et d'hébergement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Décompte de remboursement de la Sécurité sociale</li><li>• Facture acquittée et détaillée mentionnant l'ensemble des dépenses y compris les frais de transport et d'hébergement</li></ul>



Pour réaliser toutes vos démarches simplement et rapidement, créez votre Espace Client puis téléchargez l'application mobile Malakoff Humanis.



Pour mieux anticiper vos dépenses, accédez au simulateur de remboursements depuis votre application mobile.