

Protection, services, accompagnement social

Tout savoir sur **mon contrat** **santé**

Guide des adhérents de l'AMAE ● Juin 2023

En tant qu'adhérent de l'AMAE, vous bénéficiez d'une complémentaire santé souscrite à titre facultatif.

Cette complémentaire santé facultative, vous propose des garanties optique, dentaire, hospitalisation... aux meilleurs standards du marché et vous donne accès en complément de vos remboursements à de nombreux services pour prendre soin de votre santé et à des aides personnalisées dans le cadre de notre accompagnement social.

EN RÉSUMÉ, TOUJOURS PLUS DE PROTECTION POUR VOUS DONNER LE SOURIRE !

Qui peut bénéficier de ma complémentaire santé ?*

■ VOUS-MÊME

■ VOTRE CONJOINT(E)

- à défaut votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), non dissout et non rompu,
- à défaut votre concubin célibataire, divorcé ou veuf, s'il réside sous le même toit que vous (l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi).

■ VOS ASCENDANTS

père, mère à charge et ceux de votre conjoint au sens du contrat, bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale et fiscalement à votre charge.

■ VOS ENFANTS

À charge fiscalement ou ceux de votre conjoint qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- Être âgés de moins de 21 ans,
- Bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale.

Cette limite d'âge est portée à 28 ans pour vos enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- S'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 55 % du SMIC,
- S'ils ouvrent droit à l'allocation d'éducation pour enfants handicapés prévue à l'article L 541-1 du Code de la sécurité sociale ou perçoit l'allocation d'adulte handicapé prévue à l'article L 821-1 de ce code.

Les enfants nés viables postérieurement à votre décès et dont la filiation avec vous est établie, sont assimilés à des enfants à charge.

A quel moment pouvez-vous demander leur affiliation ?

L'affiliation de vos ayants droit peut être faite :

- au moment de votre affiliation,
- en cas de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce...) ou professionnelle.

Leur affiliation cesse à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues dans le contrat ou à la date à laquelle leur radiation est demandée.

À NOTER

Si vous avez des enfants de plus de 21 ans, pensez à nous adresser **avant le 31 octobre** de chaque année, les éléments justifiant de leur situation pour qu'ils puissent continuer à bénéficier de votre couverture santé.

Cette démarche peut s'effectuer **en ligne** via votre Espace Client, **ou par courrier** à l'adresse indiquée sur votre carte de tiers payant.

*Reportez-vous à votre notice d'information afin de connaître la définition de vos ayants droit.

Quelles sont mes démarches pour m'affilier ?

Pour vous affilier à votre contrat, rien de plus simple !

Complétez et signez le bulletin individuel d'affiliation en indiquant, s'il y a lieu, vos ayants droit (conjoint, enfants à charge...) et y joindre les documents suivants :

- Photocopie de votre **attestation Vitale** (et non de votre carte Vitale). Si vous n'êtes pas en possession de ce document, vous pouvez en faire la demande sur le site Internet www.ameli.fr ou auprès de **votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)**.
- Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel s'effectueront vos prélèvements ou vos remboursements.
- Complétez et signez l'autorisation de prélèvement automatique.
- Le montant de la cotisation pour les retraités est fixé le jour de l'adhésion, et calculé à partir du salaire (ligne 1 « vous »), de l'indemnité de chômage ou de tout autre revenu, figurant sur l'avis d'imposition de l'année N-1. Il est réajusté lors de l'envoi des notifications des montants de retraite de l'ensemble des caisses (CARSAT, ARRCO, AGIRC, IRCANTEC, supplémentaires et complémentaires, PÔLE EMPLOI et autres...). À défaut de cet envoi, la cotisation sera maintenue dans la tranche initiale de cotisation.
- Pour les anciens salariés, justificatif de salaire, de l'indemnité chômage ou tout autre revenu, figurant sur l'avis d'imposition de l'année N-1,
- Toutes pièces justificatives, nécessaires à l'inscription de vos ayants droit, indiquées au verso du bulletin d'adhésion (BIA).

TRANSMETTRE LE TOUT À :

AMAE

71, Boulevard de Brandebourg
94200 IVRY SUR SEINE

Mail : amae.mutuelle@gmail.com



À NOTER

Votre affiliation déclenche automatiquement la mise en place de la télétransmission NOEMIE

avec votre Centre de Sécurité sociale. Un dispositif qui vous permet d'être remboursé automatiquement sans démarche de votre part.

Si vous rencontrez un problème avec la mise en place de la télétransmission, contactez-nous au :



03 80 28 25 53

Comprendre mes garanties santé

Votre complémentaire santé vous couvre, vous et votre famille, pour vos remboursements complémentaires santé en hospitalisation, soins courants, dentaire, optique...

Votre contrat prend en charge l'ensemble des garanties décrites dans les tableaux ci-après, déduction faite des remboursements versés par la Sécurité Sociale le cas échéant et/ou de tout autre organisme complémentaire, et dans la limite des frais réellement engagés.

Il respecte la législation et réglementation en vigueur (contrat responsable et 100% santé) et sera adapté en cas de modifications de celles-ci.

Les garanties s'appliquent dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dans les conditions et limites prévues aux conditions générales. Pour en savoir plus sur cette notion, vous pouvez consulter la page Internet de l'Assurance Maladie Obligatoire :

<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>

Glossaire :

SS : Sécurité Sociale

BR SS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. Pour les soins des professionnels non conventionnés, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

FR : Frais Réels : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur : partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de la Sécurité sociale. Il est égal à la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la SS (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

MR : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année (à titre indicatif sa valeur au 01/01/2023 = 3 666€).

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / **OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique : en adhérant à ces dispositifs, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention médicale, et permettent ainsi à leurs patients de bénéficier d'un moindre reste à charge et d'un meilleur remboursement de leurs soins. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

100% santé : Soins, prothèses ou équipements tels que définis règlementairement. Dispositif 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 règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés. Concerne le dentaire, l'optique et les aides auditives.

Retrouvez d'avantage de définitions au sein des Conditions générales ou de votre notice d'information.

Que couvrent mes garanties ?

HOSPITALISATION ⁽¹⁾	
Frais de séjour En établissement conventionné et non conventionné	100% FR limités à 200% BRSS
Honoraires Praticien adhérent OPTAM / OPTAM-CO Praticien non adhérent OPTAM / OPTAM-CO conventionné et non conventionné	100% FR limités à 200% BRSS 100% TM + 100% BRSS
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾ Non remboursé par la Sécurité sociale	100% FR
Chambre particulière ⁽³⁾ Non remboursée par la Sécurité sociale Par nuitée (limité à 6 jours pour la maternité) Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	40 € 16 €
Lit d'accompagnant ⁽³⁾ Non remboursé par la Sécurité sociale Bénéficiaire de moins de 14 ans ou de plus de 70 ans	25 €
Forfait patient urgence ⁽⁴⁾	100% FR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris soins courants)	100% de la participation forfaitaire

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) Montants versés hors conventions spécifiques – Limitation de la prise en charge à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements spécialisés (psychiatrie). Pour la chambre particulière de jour, il s'agit d'une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

Que couvrent mes garanties ?

DENTAIRE	
Soins et prothèses 100 % Santé	sans reste à payer ⁽⁵⁾
Soins autres que 100 % Santé Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	200% BRSS
Prothèses autres que 100 % Santé Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (hors inlay-onlay, inlay-core, bridge) Inlay-onlay Inlay-core Adjonction d'élément intermédiaire à une prothèse plurale (bridge)	200% BRSS 200% BRSS 200% BRSS 100% BRSS
Plafond global dentaire ⁽⁶⁾ (uniquement pour prothèses autres que 100 % Santé et l'implantologie) – par an et par bénéficiaire	2 330 €
Implantologie Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire - Forfait par an et par bénéficiaire	5% PMSS
Orthodontie ⁽⁷⁾ Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	200% PMSS

À NOTER

Conformément à la réglementation, votre couverture santé intègre le dispositif du « 100% santé » pour vous permettre d'accéder également à une sélection de prothèses dentaires sans reste à payer. Pour en savoir plus, voir en page 14.

(5) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions Générales.

(6) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.

(7) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

Que couvrent mes garanties ?

OPTIQUE : ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales et particulières de votre contrat	
Équipement 100 % Santé (classe A)* Y compris facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien	sans reste à payer ⁽⁸⁾
Équipement autre que 100 % Santé (classe B)* par verre simple adulte** par verre complexe adulte** par verre très complexe adulte** par monture de lunettes adulte** Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien par verre simple enfant** par verre complexe enfant** par verre très complexe enfant** par monture de lunettes enfant** Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	159 € 159 € 159 € 100€ 100% TM 89 € 89 € 89 € 63 € 100% TM
Lentilles Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	5% PMSS / paire 5% PMSS / paire
Chirurgie optique réfractive Par œil, par an et par bénéficiaire	10% PMSS

À NOTER

Conformément à la réglementation, votre couverture santé intègre le dispositif du « 100% santé » pour vous permettre d'accéder également à une sélection de lunettes sans reste à payer. Pour en savoir plus, voir en page 15.

* Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions Générales.

** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(8) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions Générales.

Que couvrent mes garanties ?

AIDE AUDITIVE OU EQUIPEMENT par oreille	
Équipement 100 % Santé (classe I*)	sans reste à payer ⁽⁹⁾
Équipement autre que 100 % Santé (classe II*) Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par bénéficiaire	10% PMSS
Accessoires et fournitures	100% TM

* Voir la liste réglementaire des options de la liste I et de la liste II dans les Conditions Générales.

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

À NOTER

Conformément à la réglementation, votre couverture santé intègre le dispositif du « 100% santé » pour vous permettre d'accéder également à une sélection de prothèses auditives sans reste à payer. Pour en savoir plus, voir en page 16.

Que couvrent mes garanties ?

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	
Honoraires médicaux Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste Adhérent OPTAM / OPTAM-CO Non adhérent OPTAM / OPTAM-CO conventionné et non conventionné	100% FR limités à 200% BRSS 100% TM + 100% BRSS
Chez un spécialiste Adhérent OPTAM / OPTAM-CO Non adhérent OPTAM / OPTAM-CO conventionné et non conventionné	100% FR limités à 200% BRSS 100% TM + 100% BRSS
Actes techniques médicaux Adhérent OPTAM / OPTAM-CO Non adhérent OPTAM / OPTAM-CO conventionné et non conventionné	100% FR limités à 200% BRSS 100% TM + 100% BRSS
Actes d'imagerie médicale Adhérent OPTAM / OPTAM-CO Non adhérent OPTAM / OPTAM-CO conventionné et non conventionné	100% FR limités à 200% BRSS 100% TM + 100% BRSS
Honoraires paramédicaux	100% FR limités à 200% BRSS
Analyses et examens de laboratoire	100% FR limités à 200% BRSS
Matériel médical Appareillage et prothèses médicales (dont perruques, implants mammaires suite à maladie et prescription) hors aides auditives et optique	300% BRSS
Frais de transport sanitaire Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR ⁽¹⁰⁾	100% BRSS

(10) 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.

Que couvrent mes garanties ?

SOINS COURANTS (suite) auprès d'un professionnel conventionné ou non	
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale Honoraires et traitement thermal Forfait transport et hébergement thermal – forfait global annuel Cures thermales non remboursées par la Sécurité sociale Honoraires, traitement thermal, hébergement et transport – forfait global annuel	100% BRSS 10% PMSS 8% PMSS
Médicaments Médicaments remboursés à 65% Médicaments remboursés à 30% Médicaments remboursés à 15% Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire Vaccins préventifs non remboursés par la Sécurité sociale Contraception non remboursée par la Sécurité sociale – par an Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale (sur prescription médicale et facture) – par an	100% TM 100% TM 100% TM 120€ 100% BRSS 3% PMSS 50 €
Médecine additionnelle et de prévention ⁽¹¹⁾ Médecine additionnelle non remboursée – par séance, dans la limite de 3 séances et par an et par bénéficiaire : Ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, psychologue, psychomotricien, tabacologue, homéopathe, étioopathie Consultation Diététicien – lutte Obésité – par an et par bénéficiaire Ostéodensitométrie osseuse Dépistage des troubles de l'audition	25 € / séance – maxi 3 / an / bénéficiaire 2% PMSS 2% PMSS 1 dépistage / 2 ans
Acte de prévention Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale ⁽¹²⁾	100% TM

(11) Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale

(12) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr)

Que couvrent mes garanties ?

Votre complémentaire santé rembourse aussi la totalité du Ticket Modérateur pour l'ensemble des **actes de prévention** pris en charge par la Sécurité sociale (liste exhaustive disponible sur le site Internet ameli.fr)

Vaccinations

- diphtérie, tétanos et poliomyélite ;
- coqueluche et hépatite B : pour les enfants de moins de 14 ans ;
- BCG : pour les enfants de moins de 6 ans ;
- rubéole : adolescentes non vaccinées et femmes non immunisées désirant un enfant ;
- haemophilus influenzae B (principale cause de méningite chez l'enfant) : pour les enfants de moins de 5 ans ;
- contre les infections à pneumocoques : pour les bébés âgés de moins de 18 mois ;
- contre la rougeole, les oreillons et le méningocoque de séro groupe C pour les enfants.

Dépistage

- de l'hépatite B ;
- des troubles de l'audition par audiométrie chez les personnes âgées de plus de 50 ans (tous les 5 ans).

Dentaire

- détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum ;
- scellement des sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant 14 ans.

Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.

Densitométrie osseuse remboursée par la Sécurité sociale.



Zoom sur le « 100 % Santé »

Le 100 % Santé a pour objectif de vous proposer, en plus de vos garanties, des offres sur une sélection de lunettes, d'aides auditives et de prothèses dentaires sans reste à charge.

On vous éclaire pour vous permettre de comprendre les différents choix qui s'offrent à vous.



Pensez à réaliser un devis avec notre service Devis conseil et recevoir par sms ou par mail le montant éventuel à votre charge.

Comparez ainsi votre devis à une offre « 100 % Santé » pour faire un choix éclairé.

Utilisez également notre réseau de soins pour profiter d'un accès à des soins et des équipements de qualité.



Focus sur l'offre dentaire « 100 % Santé »

Les évolutions ont pris effet en deux temps : depuis le 1^{er} janvier 2020 pour une partie des actes du panier « 100 % Santé », puis à compter du 1^{er} janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires.

Vous avez le choix parmi 3 paniers de soins.

1 - Panier 100 % SANTÉ

avec aucun reste à charge.

2 - Panier TARIFS MAÎTRISÉS

avec des honoraires plafonnés et un remboursement selon votre contrat, avec un éventuel reste à charge.

3 - Panier TARIFS LIBRES

permet de choisir librement les techniques et matériaux remboursés selon votre contrat avec un éventuel reste à charge.

Équipements « 100 % Santé » dentaire

Depuis le 1^{er} janvier 2020 :

- Couronne métallique (toutes les dents), couronne céramique zircon (incisives, canines et prémolaires), couronne céramo-métallique et céramique (incisives, canines et 1^{ères} prémolaires).
- Inlays core et couronnes transitoires.
- Bridge métallique et bridge céramo-métallique.

Depuis le 1^{er} janvier 2021 :

- Prothèses amovibles en résine.



Focus sur l'offre optique « 100 % Santé »

Depuis le 1^{er} janvier 2020, lorsque vous allez chez votre opticien, vous avez le choix parmi deux types d'équipements*.

1 - Panier 100 % SANTÉ

aussi appelé « Classe A ». Il est sans reste à charge. Vous pouvez choisir entre plusieurs montures au tarif maximum de 30 € et de verres prédéfinis traitant l'ensemble des troubles visuels.

2 - Panier TARIFS LIBRES

également appelé « Classe B ». Rien ne change. Il est remboursé sur le tarif de base de l'Assurance maladie et dans la limite de votre contrat. Seul le remboursement de la monture est désormais plafonné à 100 €.

Vous avez la possibilité de les mixer en optant pour une monture de votre choix et des verres « 100 % Santé » ou inversement.

Attention

Le renouvellement de l'équipement s'effectue :

- tous les 2 ans pour les plus de 16 ans, sauf en cas de changement de vue et selon des conditions spécifiques et hors situations médicales particulières,
- tous les ans pour les moins de 16 ans. Ce délai est réduit à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

Le renouvellement des verres est sans délai lorsque les conditions spécifiques sont remplies. (cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 12/12/2018 ou sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière).

* Un équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.



Focus sur l'offre audio « 100 % Santé »

Conformément à la réglementation, vous pouvez bénéficier du « 100 % Santé » audio à compter du 1^{er} janvier 2021.

1 - Panier 100 % SANTÉ (CLASSE I)

sans reste à charge, cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente.

2 - Panier TARIFS LIBRES (CLASSE II)

dont l'équipement est remboursé selon les conditions fixées au contrat et qui respecte un plafond de 1 700 €.

À NOTER :

Le renouvellement des prothèses auditives est désormais possible tous les 4 ans, à partir de la date de votre dernier achat.

Quels sont les équipements concernés ?

- Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire.
- Au moins 12 canaux de réglage (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif et système permettant l'amplification des sons
- extérieures restituée à hauteur d'au moins 30 dB.
- 4 ans de garantie.
- 30 jours d'essai avant achat.
- Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie $\geq 6\ 000$ Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.



Exemples de remboursements

Les exemples de remboursements ci-après sont donnés à titre indicatif pour un bénéficiaire adulte respectant le parcours de soins coordonnés et selon la réglementation en vigueur au 1er janvier 2023.

Ils incluent les remboursements de la Sécurité sociale et se cumulent avec ceux éventuellement versés par ailleurs (autre complémentaire santé), sans que la somme totale puisse être supérieure à la dépense réellement engagée.

Hospitalisation	Dépense engagée ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale	Remboursement de la Sécurité sociale	Garantie AMAE	Remboursement Malakoff Humanis	Reste à charge
Forfait journalier hospitalier	20,0 €	Non pris en charge	Non pris en charge	100% FR	20,0 €	0,0 €
Frais de séjour (ex pour 6 jours en établissement conventionné)	5 967,3 €	5 967,3 €	4 893,8 €	100% FR dans la limite de 200% BRSS	1 073,5 €	0,0 €
Honoraires de chirurgie (établissement conventionné)						
Praticien adhérent OPTAM	570,6 €	220,6 €	220,6 €	100% FR dans la limite de 200% BRSS	220,6 €	129,4 €
Praticien non adhérent OPTAM	570,6 €	220,6 €	220,6 €	100% TM + 100% BR SS	200,0 €	150,0 €
Chambre particulière - ambulatoire	40,0 €	Non prise en charge	Non prise en charge	16,0 €	16,0 €	24,0 €
Chambre particulière - 1 nuit	60,0 €	Non prise en charge	Non prise en charge	40,0 €	40,0 €	20,0 €



Exemples de remboursements (suite)

Soins courants	Dépense engagée ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale	Remboursement de la Sécurité sociale	Garantie AMAE	Remboursement Malakoff Humanis	Reste à charge
Consultation d'un généraliste						
Secteur 1 ou Secteur 2 adhérent OPTAM	25,0 €	25,0 €	16,5 €	100% FR dans la limite de 200% BRSS	7,5 €	1,0€ (*)
Secteur 2 non adhérent OPTAM	30,0 €	23,0 €	15,1 €	100% TM + 100% BR SS	13,9 €	1,0€ (*)
Consultation d'un spécialiste						
Secteur 1 ou Secteur 2 adhérent OPTAM	50,0 €	25,0 €	16,5 €	100% FR dans la limite de 200% BRSS	32,5 €	1,0€ (*)
Secteur 2 - Médecin non adhérent OPTAM	70,0 €	23,0 €	15,1 €	100% TM + 100% BR SS	29,9 €	25€ (*)
Consultation d'un diététicien - 2 séances	120,0 €	Non pris en charge	Non pris en charge	2% PMSS par an et par bénéficiaire, soit 73,32€ en 2023	73,3 €	46,7 €
Consultation d'un ostéopathe	60,0 €	Non pris en charge	Non pris en charge	25€ par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	25,0 €	35,0 €
Cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale						
Transport et hébergement - forfait global annuel	235,0 €	150,0 €	97,5 €	10% PMSS, soit 366,6€ en 2023	137,5 €	0,0 €
Honoraires (ex : consultation surveillance médicale)	80,0 €	80,0 €	56,0 €	100% BR SS	24,0 €	0,0 €
Honoraires (ex: forfait thermal)	585,7 €	534,8 €	347,6 €	100% BR SS	238,1 €	0,0 €

(*) Les exemples de remboursements tiennent compte de la déduction de la participation forfaitaire obligatoire de la Sécurité Sociale, de 1€.



Exemples de remboursements (suite)

Dentaire (Hors 100% santé)	Dépense engagée ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale	Remboursement de la Sécurité sociale	Garantie AMAE	Remboursement Malakoff Humanis	Reste à charge
Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité Sociale (ex : panier modéré)	440 €	120,0 €	84,00 €	200% BR SS	240,0 €	116,0 €
Implant dentaire	1 000 €	Non pris en charge	Non pris en charge	5% PMSS par an et par bénéficiaire, soit 183,3€ en 2023	183,3 €	816,7 €
Audioprothèses (Hors 100% santé)	Dépense engagée ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale	Remboursement de la Sécurité sociale	Garantie AMAE	Remboursement Malakoff Humanis	Reste à charge
Appareil auditif adulte (pour une oreille)	950 €	400 €	240 €	10% PMSS par an et par bénéficiaire, soit 366,6€ en 2023	366,6 €	343 €
Optique (Hors 100% santé)	Dépense engagée ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale	Remboursement de la Sécurité sociale	Garantie AMAE	Remboursement Malakoff Humanis	Reste à charge
Monture adulte	113 €	0,05 €	0,03 €	100,0 €	100,0 €	12,80 €
2 verres complexes (ex : panier B)	516 €	0,05 €	0,06 €	159,0 € / verre	317,9 €	197,82 €

Comment puis-je éviter l'avance de frais ?

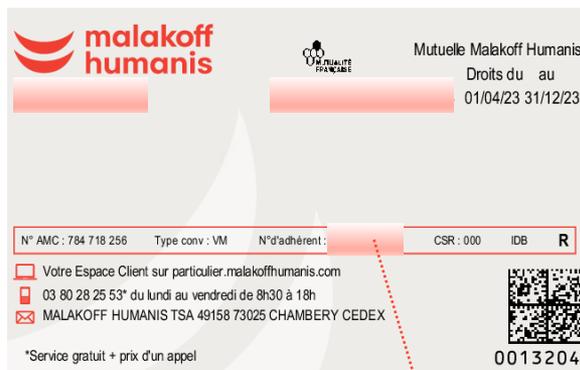
Dès votre affiliation, vous recevez votre carte de tiers payant qui est renouvelée automatiquement chaque année. **Pensez à la présenter avec votre carte vitale à votre pharmacien, opticien, chirurgien-dentiste, centre hospitalier...** grâce à elles vous n'avancerez pas les frais pris en charge par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé.



Si votre professionnel de santé refuse le tiers payant ou pratique un dépassement d'honoraires, vous devrez avancer les frais et nous **adresser l'original de votre facture** ou de votre reçu :

- **en ligne** : via votre Espace Client
- **par courrier** : à l'adresse indiquée sur votre carte de tiers payant.

Vos demandes de remboursements doivent nous être adressées au plus tard dans les 2 ans à compter de la date des soins.



Identifiant / N° adhérent de connexion à votre Espace Client personnel et sécurisé.

Le +

Consultez ou téléchargez votre carte de tiers payant sous format dématérialisé depuis votre Espace Client (accessible sur PC, tablette, smartphone ou application mobile)

À NOTER

Si vous déménagez, votre carte reste valide.

N'oubliez pas toutefois de nous communiquer votre nouvelle adresse et votre attestation de droits, en cas de changement de caisse d'Assurance Maladie.

Pensez également à nous signaler tout changement de coordonnées bancaires ou de situation de famille **en ligne depuis votre Espace Client** ou en appelant le :



03 80 28 25 53

Avance de frais ou pas ? Mieux comprendre...

CAS N°1

Votre professionnel de santé accepte le tiers payant



Vous présentez votre **carte vitale** et votre **carte Malakoff Humanis**



Vous ne payez que l'éventuel montant à votre charge

CAS N°2

Votre professionnel de santé n'accepte pas le tiers payant

Il ne pratique pas de dépassement d'honoraires

Vous présentez votre **carte vitale** et réglez la totalité des frais



Vous serez automatiquement remboursé par la Sécurité sociale et Malakoff Humanis dans la limite de vos garanties

Il pratique des dépassements d'honoraires

Vous présentez votre **carte vitale** et réglez la totalité des frais



Vous serez automatiquement remboursé par la Sécurité sociale

MAIS

Vous devrez nous adresser l'**original de votre facture** ou de votre reçu remis par votre professionnel de santé (pour le dépassement d'honoraire)



Vous serez remboursé par Malakoff Humanis dans la limite de vos garanties

CAS N°3

Vous avez oublié de présenter votre carte vitale ? Ou votre professionnel de santé ne prend pas la carte vitale.

Vous devrez régler la totalité des frais



Vous devrez adresser votre **feuille de maladie** dûment remplie et signée à votre centre de Sécurité sociale



Vous serez automatiquement remboursé par la Sécurité sociale et Malakoff Humanis dans la limite de vos garanties

Mon Espace Client pour quoi faire ?

Simplifiez vos démarches administratives et :

- **accédez** aux informations liées à votre contrat ;
- **simulez** et suivez vos remboursements ;
- **analysez** vos dépenses ;
- **adrez** vos devis ;
- **modifiez** vos informations personnelles ;
- **téléchargez** votre carte de tiers payant depuis votre mobile.



Accédez à tous vos services et avantages pour :

- géolocaliser et prendre rendez-vous en ligne avec le bon professionnel de santé (médecin habituel, partenaires de nos **réseaux de soins Kalixia** et centres de santé, centres d'ophtalmologie, praticiens en médecine douce, professionnels en soins à domicile...),
- accéder à notre service de **Téléconsultation**,
- accéder à notre service **Deuxième avis médical**,
- bénéficier de notre service d'**Assistance santé à domicile**,
- accéder aux aides personnalisées de notre **accompagnement social**.



Vous vous connectez à votre Espace Client pour la première fois ?

Rendez-vous sur malakoffhumanis.com

Il vous suffit d'entrer l'identifiant/n° d'adhérent qui se trouve sur votre carte de tiers payant. Votre mot de passe vous sera adressé par e-mail.



Ou téléchargez gratuitement notre appli Espace Client Malakoff Humanis

depuis l'App Store ou Google Play.

J'ai besoin d'une consultation, comment trouver le bon professionnel ?



Géocalisez tous les professionnels partenaires de nos réseaux et retrouvez tous vos services pratiques depuis votre Espace Client ou contactez votre conseiller Malakoff Humanis au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

1

Depuis mon Espace Client, je prends rendez-vous en ligne⁽¹⁾

- Avec plus de 200 000 médecins généralistes ou spécialistes.
- Avec un médecin généraliste ou spécialiste exerçant dans un des **centres de santé partenaires**, sans reste à payer ni avance de frais.
- Avec un professionnel partenaire du **réseau Kalixia ostéo**.
- Avec un praticien en médecine douce référencé par le partenaire **Médoucine**.
- Avec une infirmière, kinésithérapeute... référencés par le partenaire **Libhéros**.
- Si je ne trouve pas de rendez-vous médical rapidement, je pense à utiliser le **service de Téléconsultation**⁽²⁾.

2

J'estime le montant de mes remboursements⁽³⁾

- Pour connaître le montant de mon reste à charge, avec le **simulateur en ligne**, je saisis le montant de la consultation et j'obtiens instantanément le montant pris en charge par Malakoff Humanis.

3

J'évite l'avance de frais

- Avec ma **carte de tiers payant**, j'évite l'avance de frais⁽⁴⁾ chez certains professionnels de santé et je simplifie mes démarches.

4

Je suis mes remboursements

- J'analyse mes dépenses.
- En m'abonnant au **service d'alertes**, je reçois un e-mail à chaque nouveau remboursement.
- Je retrouve également des **conseils de prévention** personnalisés.

(1) Si le professionnel de santé a activé ce service. (2) Dans la limite de 5 consultations par an et par bénéficiaire. (3) Valable uniquement sur les consultations prises en charge par l'Assurance Maladie. (4) À hauteur des garanties souscrites.

Pour une consultation encore plus rapide, un service de Téléconsultation pour moi et ma famille, à n'importe quelle heure

Parce que quand on tombe malade, ce n'est jamais le bon moment votre garantie intègre un service de consultation médicale par téléphone ou en visio pour joindre un médecin généraliste n'importe où et n'importe quand.

En tant qu'adhérent de l'AMAE, vous bénéficiez gratuitement de 5 consultations téléphoniques par an et par bénéficiaire.

Où que vous soyez et en toute circonstance, 24h/24 et 7j/7 :

Pour une consultation par téléphone contactez le :

▶ N°Cristal 09 86 86 00 67
APPEL NON SURTAXE

Pour une consultation en visio connectez-vous sur :
mh.teleconsultation.fr



Je dois être hospitalisé, comment être accompagné au mieux ?



Géolocalisez tous les professionnels partenaires de nos réseaux et retrouvez tous vos services pratiques depuis votre Espace Client ou contactez votre conseiller Malakoff Humanis au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

1

Depuis mon Espace Client, je m'informe sur les établissements hospitaliers

- Avec **Compahospit**, j'accède aux indicateurs de qualité et avis de patients sur l'ensemble des hôpitaux et cliniques.

2

J'ai besoin d'un deuxième avis

- Avec le **service Deuxième avis médical**, j'obtiens gratuitement sous 7 jours* auprès de médecins experts de ma maladie, un deuxième avis médical sur le diagnostic et/ou le traitement qui m'a été proposé en cas de maladie grave ou d'hospitalisation prévue.

*Jours ouvrables

3

Je m'informe sur le coût des soins

- Avec le service **Devis conseil** j'adresse le devis de mon établissement via mon Espace Client et j'obtiens, sous 48 heures, une estimation du montant pris en charge pour mes frais d'hébergement et honoraires médicaux.

5

J'ai besoin de soins à domicile

- Avec le **service Libhéros**, je trouve facilement le professionnel de santé le plus proche (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme...).
- Avec le **service d'Assistance**, j'accède à des prestations adaptées pour m'aider au quotidien et faciliter mon retour à domicile.

4

J'engage mes frais médicaux

- Avec ma **carte de tiers payant**, j'évite l'avance de frais⁽¹⁾.
- En cas de dépassements d'honoraires, j'adresse ma facture (scannée ou photographiée depuis mon smartphone) via mon Espace Client.

6

Je suis mes remboursements

- J'analyse mes dépenses.
- En m'abonnant au **service d'alertes**, je reçois un e-mail à chaque nouveau remboursement.
- Je retrouve également des **conseils de prévention** personnalisés.

J'ai un problème de vue, comment maîtriser mes dépenses ?



1

Je prends rendez-vous en ligne⁽¹⁾ depuis mon Espace Client

- Avec mon **ophtalmologue habituel**.
- Avec un ophtalmologue des **centres partenaires Point Vision**, pour bénéficier d'un **rendez-vous sous 48 heures**.

2

Je choisis mon opticien

- Avec les opticiens partenaires du **réseau Kalixia optique**, je bénéficie d'équipements de qualité au meilleur coût (une réduction en moyenne de : 124 € sur les verres unifocaux, 278 € sur les verres progressifs, 30 % sur les lentilles et au moins 20 % sur les montures).

3

Je m'informe sur le coût des soins

- Je bénéficie du service **Devis conseil express** pour recevoir instantanément par SMS le montant éventuel à ma charge et un avis sur le tarif pratiqué en présentant ma carte de tiers payant.
- Je compare mon devis à une **offre « 100 % Santé* »** pour faire un choix éclairé.

4

J'évite l'avance de frais

- Avec ma **carte de tiers payant**, acceptée par tous les opticiens partenaires Kalixia, j'évite l'avance de frais⁽²⁾ et je simplifie mes démarches.

5

Je suis mes remboursements

- J'analyse mes dépenses.
- En m'abonnant au **service d'alertes**, je reçois un e-mail à chaque nouveau remboursement.
- Je retrouve également des **conseils de prévention** personnalisés.



Géolocalisez tous les professionnels partenaires de nos réseaux et retrouvez tous vos services pratiques depuis votre Espace Client ou contactez votre conseiller Malakoff Humanis au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

J'ai un problème dentaire, comment bien me soigner ?



1

Je prends rendez-vous en ligne⁽¹⁾ depuis mon Espace Client

- Avec mon **chirurgien-dentiste habituel**, ou
- Avec un chirurgien-dentiste partenaire du **réseau Kalixia dentaire**, pour bénéficier de soins de qualité à honoraires négociés sur les soins prothétiques, d'implantologie, d'orthodontie et de parodontologie. Pour une économie en moyenne **jusqu'à 650 €** sur certains actes comme l'implant.

2

Je m'informe sur le coût des soins

- Avec le service **Devis dentaire en ligne** je saisis le devis de mon dentiste dans mon Espace Client et j'obtiens en temps réel une estimation du montant pris en charge par l'Assurance Maladie et Malakoff Humanis.
- Je compare mon devis à une **offre « 100 % Santé* »**, si l'alternative thérapeutique existe, pour faire un choix éclairé.

3

J'évite l'avance de frais

- Avec ma **carte de tiers payant**, acceptée par tous les chirurgiens-dentistes partenaires Kalixia, j'évite l'avance de frais⁽²⁾ et je simplifie mes démarches.

4

Je suis mes remboursements

- J'analyse mes dépenses.
- En m'abonnant au **service d'alertes**, je reçois un e-mail à chaque nouveau remboursement.
- Je retrouve également des **conseils de prévention** personnalisés.



Géolocalisez tous les professionnels partenaires de nos réseaux et retrouvez tous vos services pratiques depuis votre Espace Client ou contactez votre conseiller Malakoff Humanis au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

J'ai un problème audio, comment bien m'équiper ?



1

Depuis mon Espace Client, je trouve mon professionnel de santé

- Avec les audioprothésistes partenaires du **réseau Kalixia audio**, je bénéficie de prestations de qualité au meilleur coût (jusqu'à 1 000 € d'économie sur un double appareillage).

2

Je m'informe sur le coût des soins

- Avec le service **Devis conseil** j'adresse le devis de mon audioprothésiste (scanné ou photographié depuis mon smartphone) via mon Espace Client et j'obtiens une estimation du montant pris en charge, sous 48 heures.
- Je compare mon devis à une **offre « 100 % Santé* »** pour faire un choix éclairé.

3

J'évite l'avance de frais

- Avec ma **carte de tiers payant**, acceptée par tous les audioprothésistes partenaires Kalixia, j'évite l'avance de frais⁽²⁾ et je simplifie mes démarches.

4

Je suis mes remboursements

- J'analyse mes dépenses.
- En m'abonnant au **service d'alertes**, je reçois un e-mail à chaque nouveau remboursement.
- Je retrouve également des **conseils de prévention** personnalisés.



Géolocalisez tous les professionnels partenaires de nos réseaux et retrouvez tous vos services pratiques depuis votre Espace Client ou contactez votre conseiller Malakoff Humanis au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

Un service d'Assistance santé pour un meilleur accompagnement



En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation, vous pouvez bénéficier d'une aide temporaire adaptée, pour vous épauler et faciliter votre retour à domicile : aide ménagère, garde des enfants, conduite à l'école, soutien scolaire à domicile, prise en charge des ascendants, garde des animaux domestiques, livraison de médicaments...

Pour en savoir plus sur cette assistance gratuite et intégrée à votre garantie santé, connectez-vous à votre Espace Client ou appelez le :

N°Cristal 0 979 99 03 03
APPEL NON SURTAXE

Identifiant à communiquer : **753734**.

Une plateforme téléphonique accessible du lundi au samedi de 8h à 20h (hors jours fériés).

Des aides pour me soutenir moi et ma famille, dans les moments difficiles ?

Grâce à notre accompagnement social, des femmes et des hommes se mobilisent pour vous écouter et vous orienter vers des solutions concrètes lorsque vous et votre famille en avez le plus besoin⁽¹⁾ avec :



malakoff humanis

SANTÉ
PRÉVOYANCE
SECOURS
ÉNERGIE

SANTÉ 2023
ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Handicap, aidant, maladie,
précarité financière, parentalité...
**vous pouvez compter sur nous
dans tous les moments de vie**

Des dispositifs en cas de fragilité financière comprenant des aides financières (pour faire face aux frais liés à une naissance, la garde d'enfant, l'obtention du permis de conduire, des dépenses de santé élevées) et un accompagnement en cas de surendettement, d'accidents de la vie, de situations d'urgence ou en cas de décès d'un proche avec la ligne Info Décès :

Des aides aux aidants familiaux avec notamment le financement d'aides à domicile ou de solutions de répit, des espaces d'informations et d'échanges (site essentiel-autonomie.com ou la page « agir ensemble » sur Facebook) et un accompagnement personnalisé dans les démarches avec la Ligne Info Aidant :

Pour en savoir plus sur toutes nos aides, connectez-vous à votre Espace Client ou consultez la plaquette ci-contre de l'Accompagnement Social.

Mes contacts utiles



Pour réaliser vos démarches en ligne

Connectez-vous à votre Espace Client sur malakoffhumanis.com

Pour vous inscrire, il vous suffit d'entrer votre identifiant/numéro d'adhérent qui se trouve sur votre carte de tiers payant. Votre mot de passe vous sera ensuite envoyé par mail.



Pour toutes les questions relatives à votre contrat

Contactez nous par téléphone

03 80 28 25 53, du lundi au vendredi de 8h 30 à 18 h

Ou écrivez-nous

MALAKOFF HUMANIS

TSA 49158

73025 CHAMBERY CEDEX



Pour joindre votre expert en accompagnement social

Contactez nous par téléphone

Nos conseillers en prestations sociales vous répondent du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

3996

Service gratuit
+ prix appel

**Retrouvez l'intégralité de vos garanties
dans la notice d'information
qui vous a été remise.**



Document non contractuel

MUTUELLE MALAKOFF HUMANIS, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité • Immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 784 718 256 • Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris • Mutuelle membre du groupe Malakoff Humanis