

Le tableau de Garanties

		GARANTIE	
		Régime responsable Les remboursements interviennent en complément du remboursement la Sécurité Sociale dans la limite des frais engagés	
Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :			
HOSPITALISATION (1)	Frais de séjour	En établissement conventionné ou non conventionné	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS
	Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %TM + 100 %BRSS
	Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale		100 % Frais Réels
	Forfait patient urgence (11)		100% DE
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris soins courants)		100% de la participation forfaitaire
	Chambre particulière (2) Non remboursé par la Sécurité sociale	Par nuitée (limité à 6 jours pour la maternité)	40 €
		Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	16 €
Lit d'accompagnant (2) Non remboursé par la Sécurité sociale	Bénéficiaire de moins de 14 ans ou + 70 ans	25 €	

Mutuelle Malakoff Humanis

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris
N° SIREN 784 718 256

ASSOCIATION DES ANCIENS DE L'EMPLOI A.M.A.E

Siren : 538 396 110
Contrat n°M3/Q10420-0001-S
Référence de gestion : MMHM2270000032S

DENTAIRE auprès d'un professionnel	Soins et prothèses 100 % Santé**		sans reste à payer (7)
	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)	200 %BRSS
		Inlay-onlay	200 %BRSS
		Inlay-core	200 %BRSS
		Adjonction d'élément intermédiaire à une prothèse plurale (bridge)	100 %BRSS
	Implantologie	Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire - Forfait par an et par bénéficiaire	5 %PMSS
	Orthodontie (4)	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	200 %BRSS
	Plafond global dentaire (5) : (uniquement pour prothèses autres que 100 % Santé et l'implantologie)	Par an et par bénéficiaire	2 330 €

OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	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 (7)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)		
		par verre simple adulte *****	159 €
		par verre complexe adulte *****	159 €
		par verre très complexe adulte *****	159 €
		par monture de lunettes adulte *****	100 €
		Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100 %TM
		par verre simple enfant *****	89 €
		par verre complexe enfant *****	89 €
		par verre très complexe enfant *****	89 €
	par monture de lunettes enfant *****	63 €	
	Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100 %TM	
	Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	5 % PMSS / paire
		Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	5 % PMSS / paire
	Chirurgie optique réfractive	Par œil, par an et par bénéficiaire	10 %PMSS

AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille Renouvellement par appareil tous les 4 ans	Équipement 100 % Santé** (classe I***)		sans reste à payer (8)
	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 100% TM
	Accessoires et fournitures		

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires médicaux Consultation / visite / consultation en ligne		
	chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS 100 %TM + 100 %BRSS
	chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS 100 %TM + 100 %BRSS
	Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS 100 %TM + 100 %BRSS
	Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS 100 %TM + 100 %BRSS
	Honoraires paramédicaux		100 % Frais Réels limités à 200 %BRSS
	Analyses et examens de laboratoire		100 % Frais Réels 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 (6)	100 %BRSS
	Cures thermales Remboursées par la Sécurité sociale	Honoraires et traitement thermal Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	100 %BRSS 10 %PMSS
	Cures thermales Non remboursées par la Sécurité sociale	Honoraires, traitement thermal, hébergement et transport - forfait global annuel	8 %PMSS

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Médicaments	Médicaments remboursés à 65%	100 %TM
		Médicaments remboursés à 30%	100 %TM
		Médicaments remboursés à 15%	100 %TM
		Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	120 €
		Vaccins préventifs non remboursés par le Sécurité sociale	100 %BRSS
		Contraception non remboursée par la Sécurité sociale - par an	3 %PMSS
		Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale (sur prescription médicale et facture) - par an	50 €
	Médecine additionnelle et de prévention (9)	Médecine additionnelle non remboursée - par an, par séance et par bénéficiaire Ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, psychologue, psychomotricien, tabacologue, homéopathie, étio-pathie dans la limite de 3 séances	25 €
		Consultation Diététicien – lutte Obésité - par an et par bénéficiaire	2 %PMSS
		Ostéodensitométrie osseuse	2 %PMSS
	Dépistage des troubles de l'audition	1 dépistage / 2 ans	
	Actes de prévention		
	Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (10)		100% TM

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2024 :3864 €).

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

** Tels que définis règlementairement : **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 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.

*** Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B.

**** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

- (1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.
- (2) 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.
- (3) 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.
- (4) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
- (5) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.
- (6) 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.
- (7) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation.
- (8) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.
- (9) Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale
- (10) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr)
- (11) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.