

Garanties Frais de santé pour l'ensemble du personnel au 1^{er} janvier 2021

Les remboursements interviennent en complément du remboursement de la Sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient.

RÉGIME BASE OBLIGATOIRE NIVEAU 1		
PRESTATIONS		REMBOURSEMENTS Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et en complément de la Sécurité sociale de :
HOSPITALISATION ⁽¹⁾ en établissement conventionné ou non		
Frais de séjour	En établissement conventionné	100 % BR
	En établissement non conventionné	100 % BR
Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	60 % BR + TM
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE sans limitation de durée
Chambre particulière ⁽³⁾ Non remboursée par la Sécurité sociale	Par nuitée	2 % PMSS / jour
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	40 % de la chambre particulière de nuit
Lit d'accompagnant ⁽³⁾	Bénéficiaire de moins de 14 ans ou plus de 70 ans - par nuitée	1% PMSS / jour
Forfait maternité ou adoption plénière	doublé en cas de naissance gémellaire et limité à la dépense engagée	10 % PMSS
DENTAIRE ⁽⁴⁾ auprès d'un professionnel		
Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer ⁽⁶⁾
Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire	30 % BR
	Inlay-onlay	230 % BR
Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale hors inlay core (inlay-onlay, couronne transitoire, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	230 % BR
	Inlay core remboursé par la Sécurité sociale	230 % BR
Implantologie	Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale, scanner, pose de l'implant, pilier implantaire. Forfait par an et par bénéficiaire.	10 % PMSS
Orthodontie ⁽⁴⁾	Par semestre de traitement et par bénéficiaire.	200 % BR
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 l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien*****	sans reste à payer ⁽⁷⁾
	Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien*****	sans reste à payer ⁽⁷⁾
Équipement autre que 100 % Santé (classe B)	Monture de lunettes adulte / enfant *****	100 €
	1 verre simple adulte / enfant *****	110 €
	1 verre complexe adulte / enfant *****	175 €
	1 verre très complexe adulte / enfant *****	175 €
Lentilles	Lentille prescrite, y compris jetable, remboursée ou non par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	10 % PMSS
Chirurgie optique réfractive	Par œil, par an et par bénéficiaire	10 % PMSS

PRESTATIONS

REMBOURSEMENTS
Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et en complément de la Sécurité sociale de :

AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT PAR OREILLE

À compter du 01/01/2021 :		
Équipement 100 % Santé** (classe I***)	Renouvellement par appareil tous les 4 ans	sans reste à payer ⁽⁷⁾
Équipement autre que 100 % Santé (classe II***) Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité****	14% PMSS / appareil / bénéficiaire avec une limite à 2 appareils par an
	Bénéficiaire à compter du 21 ^e anniversaire	
Jusqu'au 31/12/2020 :	Appareil auditif	14% PMSS / appareil / bénéficiaire avec une limite à 2 appareils par an

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*	50 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	TM
chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	80 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	30 % BR + TM
Actes techniques médicaux Effectués en externat	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	80 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	30 % BR + TM
Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	80 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné et non conventionné	30 % BR + TM
Honoraires paramédicaux	Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes	40 % BR
Analyses et examens de laboratoire		40 % BR
Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, remboursées par la Sécurité sociale (dont perruques, implants mammaires suite à maladie ou prescription), hors aides auditives et optique/ prothèses	200 % BR
Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR ⁽⁵⁾	35% BR
Cures Thermales Remboursées par la Sécurité sociale	Honoraires, traitement thermal, forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	10% PMSS /an/bénéficiaire dans la limite des frais engagés
Médicaments	Médicaments remboursés par le régime de base à 65%	TM
	Médicaments remboursés par le régime de base à 30%	TM
	Médicaments remboursés par le régime de base à 15%	TM
	Forfait contraception non remboursée par la Sécurité sociale	40 €/an/bénéficiaire
	Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	20 €
Médecine douce Non remboursés par la Sécurité sociale Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	Ostéopathe, Chiropracteur, Pédiacre, Podologue, Psychologue, Psychothérapeute, Psychomotricien, Sophrologue, Acupuncteur, Nutritionniste, Diététicien	50€ par séance / limité à 5% PMSS par bénéficiaire et par an

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 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 01/01/2021 : 3 428 €)

* 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 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 maximum fixés.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20^e après correction.

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

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

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

⁽³⁾ La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

⁽⁴⁾ Les forfaits 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.

⁽⁵⁾ SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée

⁽⁶⁾ Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation.

⁽⁷⁾ Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.

Exemples de remboursements

Les exemples de remboursements ci-dessous n'ont pas de valeur contractuelle.

Ils s'adressent à un bénéficiaire adulte résidant en France métropolitaine, respectant le parcours de soins coordonné et non exonéré du ticket modérateur (donc non pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire).

En 2021	Prix moyen pratiqué ou tarif règlementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement MALAKOFF HUMANIS	Votre reste à payer
HOSPITALISATION dans le cadre d'une opération chirurgicale de la cataracte en clinique conventionnée				
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	Non pris en charge	20,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien				
Avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*)	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €
Avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*)	431,00 €	247,70 €	183,30 €	0,00 €
Chambre particulière - 1 nuit	60,00 €	Non pris en charge	60,00 €	0,00 €
OPTIQUE				
Équipement 100% Santé** (classe A) - 1 monture + 2 verres simples unifocaux	125,00 €	22,50 €	102,50 €	Sans reste à payer
Monture adulte	30,00 €	5,40 €	24,60 €	Sans reste à payer
2 verres pour les ≥ 16 ans	95,00 €	17,10 €	77,90 €	
Équipement autre que 100 % Santé (Classe B) : 1 monture + 2 verres simples unifocaux				
DANS LE RÉSEAU KALIXIA	260,00 €	0,09 €	243,91 €	16,00 €
Monture adulte	116,00 €	0,03 €	99,97 €	16,00 €
2 verres simples adulte	144,00 €	0,06 €	143,94 €	0,00 €
HORS DU RÉSEAU KALIXIA	345,00 €	0,09 €	299,91 €	45,00 €
Monture adulte	145,00 €	0,03 €	99,97 €	45,00 €
2 verres simples adulte	200,00 €	0,06 €	199,94 €	0,00 €
Équipement autre que 100 % Santé (Classe B) : 1 monture + 2 verres très complexes progressifs				
DANS LE RÉSEAU KALIXIA	508,00 €	0,09 €	491,91 €	58,00 €
Monture adulte	116,00 €	0,03 €	99,97 €	16,00 €
2 verres progressifs adulte	392,00 €	0,06 €	394,94 €	42,00 €
HORS DU RÉSEAU KALIXIA	719,00 €	0,09 €	491,91 €	269,00 €
Monture adulte	145,00 €	0,03 €	99,97 €	45,00 €
2 verres progressifs adulte	574,00 €	0,06 €	394,94 €	224,00 €
DENTAIRE				
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires - Soins et prothèses 100% Santé**				
	500,00 €	84,00 €	416,00 €	Sans reste à payer
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires à tarifs maîtrisés				
DANS LE RÉSEAU KALIXIA	496,00 €	84,00 €	276,00 €	136,00 €
HORS DU RÉSEAU KALIXIA	538,70 €	84,00 €	276,00 €	178,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires à tarifs libres				
DANS LE RÉSEAU KALIXIA	496,00 €	75,25 €	247,25 €	173,50 €
HORS DU RÉSEAU KALIXIA	538,70 €	75,25 €	247,25 €	216,20 €
Implant (racine et pilier)				
DANS LE RÉSEAU KALIXIA	1 200,00 €	Non pris en charge	342,80 €	857,20 €
HORS DU RÉSEAU KALIXIA	1 800,00 €	Non pris en charge	342,80 €	1 457,20 €
1 semestre de traitement orthodontique enfant de 14 ans				
DANS LE RÉSEAU KALIXIA	521,00 €	193,50 €	327,50 €	0,00 €
HORS DU RÉSEAU KALIXIA	600,00 €	193,50 €	387,00 €	19,50 €
AIDES AUDITIVES pour un adulte > 20 ans				
Aide auditive par oreille				
Équipement 100% Santé** (Classe I)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	Sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé (Classe II) :				
DANS LE RÉSEAU KALIXIA	1 178,00 €	240,00 €	479,92 €	458,08 €
HORS DU RÉSEAU KALIXIA	1 476,00 €	240,00 €	479,92 €	756,08 €

En 2021	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement MALAKOFF HUMANIS	Votre reste à payer
SOINS COURANTS				
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin gynécologue sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin gynécologue avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin gynécologue avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*)	56,00 €	15,10 €	13,80 €	27,10 €
Consultation d'un ostéopathe – pour 1 séance et par bénéficiaire	60,00 €	Non pris en charge	50,00 €	10,00 €

* **DPTM : 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 réglementairement : 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 complémentaires santé (dès lors que vous disposez d'une complémentaire santé responsable ou de la CMU-C), tout en bénéficiant d'un large choix d'équipements pour répondre à vos besoins, sans aucun frais à régler.



malakoffhumanis.com